

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|---------------------------------|
| DATE DE LA DEMANDE | | HEURE | | USAGER | | | |
| <input type="radio"/> AVION-HÔPITAL <input type="radio"/> NAVETTE MULTIPATIENS | | DATE SOUHAITÉE : _____ DURÉE MAX DU TRANSFERT : <input type="radio"/> 8 HEURES ET PLUS <input type="radio"/> 6 HEURES <input type="radio"/> 4 HEURES | | NOM | | | |
| CONDITION DU PATIENT | <input type="radio"/> 1. CRITIQUE <input type="radio"/> 2. URGENT <input type="radio"/> 3. SEMI URGENT <input type="radio"/> 4. NON URGENT | | | | PRÉNOM | | |
| | POSITION POUR LE VOL <input type="radio"/> CIVIÈRE <input type="radio"/> ASSIS <input type="radio"/> ISOLETTE <input type="radio"/> SIÈGE D'AUTO | | TRANSPORT TERRESTRE <input type="radio"/> AMBULANCE <input type="radio"/> T. ADAPTÉ <input type="radio"/> TAXI <input type="radio"/> AUTRE : _____ | DATE NAISSANCE | <input type="radio"/> MASCULIN <input type="radio"/> FÉMININ | | |
| RAISON DU TRANSFERT <input type="radio"/> DÉTÉRIORATION ANTICIPÉE <input type="radio"/> INTERVENTION PLANIFIÉE <input type="radio"/> INVESTIGATION/TRAITEMENT | | <input type="radio"/> RDV SUIVI <input type="radio"/> RETOUR AU CH D'ORIGINE <input type="radio"/> AUTRE : _____ | | NAM/AUTRE | | | |
| | | | | ADRESSE | | | |
| | | | | VILLE | | | |
| | | | | CONTACT EN CAS D'URGENCE (NOM ET TÉL.) | | | |
| ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR | | | | | | | |
| NIVEAU DE SOINS | | | | HÔPITAL / VILLE | | | |
| <input type="radio"/> OBJECTIF A <input type="radio"/> OBJECTIF B <input type="radio"/> OBJECTIF C <input type="radio"/> OBJECTIF D RCR : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON INTUBATION : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON *** TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT LE FORMULAIRE *** « NIVEAU DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE » | | | | TÉLÉPHONE | | UNITÉ | |
| PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES <input type="radio"/> AUCUNE <input type="radio"/> AÉRIENNES <input type="radio"/> CONTACT PRÉVENTIF <input type="radio"/> AÉRIENNES CONTACT <input type="radio"/> CONTACT <input type="radio"/> AÉRIENNES CONTACT RENFORCÉES <input type="radio"/> CONTACT RENFORCÉ <input type="radio"/> PRÉCAUTIONS DE PROTECTION <input type="radio"/> CONTACT DOUBLE DÉSINFECTIONS <input type="radio"/> GOUTTELETTES <input type="radio"/> GOUTTELETTES CONTACT AGENT PATHOGÈNE : _____ | | | | NOM MÉDECIN | | POSTE | |
| | | | | CONTACT CLINIQUE | | POSTE | |
| PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS | | | | CONTACT TRANSPORT | | POSTE | |
| | | | | SIGNATURE ET TITRE : | | | |
| ÉTABLISSEMENT RECEVEUR | | | | | | | |
| ALLERGIES | | | | HÔPITAL / VILLE | | | |
| | | | | TÉLÉPHONE | | UNITÉ | |
| ATCD | | | | NOM MÉDECIN | | POSTE | |
| | | | | DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT (DOIT RESPECTER LES CRITÈRES ÉTABLIS) | | | |
| DIAGNOSTIC(S) | | | | NOM ET PRÉNOM | | | |
| | | | | NAM : | | | |
| HISTOIRE MÉDICALE ACTUELLE | | | | LIEN AVEC L'USAGER | | <input type="radio"/> MASCULIN <input type="radio"/> FÉMININ | |
| | | | | *** POUR L'AVION-HÔPITAL : FAXER LES DOCUMENTS REQUIS AVEC LA DEMANDE *** | | | |
| HÉMODYNAMIE / VENTILATION / DISPOSITIFS | | | | | | | |
| SIGNES VITAUX | | | | VENTILATION | | | |
| TAILLE | CM | POIDS | KG | GLASGOW | /15 | <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> INTUBÉ <input type="radio"/> VNI <input type="radio"/> TRACHÉO | |
| TA | / | FC | /MIN | FR | /MIN | POSITION DU TUBE CONFIRMÉ PAR RADIOGRAPHIE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | |
| SPO ₂ | % | O ₂ | L/MIN | % | <input type="radio"/> AIR AMBIANT MODE VOL COURANT PIP CMH ₂ O | | |
| TEMP. | °C | DIURÈSE | ML/HRE | | FRÉQUENCE | FIO ₂ | % PEEP CMH ₂ O |
| DISPOSITIFS MÉDICAUX | | <input type="radio"/> SONDE VÉSICALE <input type="radio"/> TUBE GASTRIQUE <input type="radio"/> CANULE ARTÉRIELLE <input type="radio"/> STOMIE <input type="radio"/> DRAINS : _____ <input type="radio"/> AUTRE | | | | | |

OBSTÉTRIQUE

| | | | |
|---|--|--|--|
| STADE DE LA GROSSESSE | STREPTO B | ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX | DERNIERS EXAMENS VAGINAUX |
| ___ /7 | <input type="radio"/> ATB DÉBUTÉS | G P A | HEURE : DILATATION _____ EFFACEMENT _____ HEURE : DILATATION _____ EFFACEMENT _____ |
| TRAVAIL | | | |
| CONTRACTIONS : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON DATE/HEURE DÉBUT : | DURÉE : INTENSITÉ : INTERVALLE : | MEMBRANES ROMPUES <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON DATE/HEURE : | TEST FIBRONECTINE : <input type="radio"/> NÉGATIF <input type="radio"/> POSITIF |
| COMPLICATIONS DU TRAVAIL : | | ÉVALUATION FCÉTALE : | |

NÉONATOLOGIE

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| NAISSANCE | | | | |
| HEURE | ACCOUCHEMENT | LIQUIDE AMNIOTIQUE | STADE DE GROSSESSE | APGAR : |
| RESPIRATION SPONTANÉE : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | RÉANIMATION : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | VENTILATION (VPP) : DURÉE | RCR : DURÉE | |
| ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE | | | | |
| REMPLISSAGE CAPILLAIRE | SpO2 PRÉDUCTALE (MSD) | SpO2 POST DUCTALE | POULS FÉMORAUX DROIT | GAUCHE |
| ÉVALUATION RESPIRATOIRE | | | | |
| TIRAGE | PLAINTES EXPIRATOIRES | BAN : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | COLORATION | |
| ÉVALUATION NEUROLOGIQUE | | | | |
| CONVULSIONS | TRÉMULATIONS | TONUS | <input type="radio"/> ACTIF <input type="radio"/> RÉACTIF | VIT K REÇUE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |

TRAITEMENTS / EXAMENS

| TRAITEMENTS OU MÉDICAMENTS REÇUS | PERFUSIONS EN COURS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------|-----------------------------|-------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | NOMBRE DE VOIE(S) D'ACCÈS IV : <input type="radio"/> PAS DE PERFUSION, CIV EN PLACE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>MÉDICAMENT</th> <th>CONCENTRATION / PRÉPARATION</th> <th>DÉBIT</th> <th>SITE IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | MÉDICAMENT | CONCENTRATION / PRÉPARATION | DÉBIT | SITE IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICAMENT | CONCENTRATION / PRÉPARATION | DÉBIT | SITE IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|--|---|
| DIÈTE | <input type="radio"/> NPO <input type="radio"/> RÉGULIÈRE <input type="radio"/> DIABÉTIQUE <input type="radio"/> LIQUIDE <input type="radio"/> DYSPHAGIQUE <input type="radio"/> AUTRE <input type="radio"/> GAVAGE : ***DOIT ÊTRE CESSÉ POUR LE VOL*** |
| MOBILISATION | <input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> NÉCESSITE AIDE <input type="radio"/> DÉPENDANT <input type="radio"/> ACCESSOIRE DE MARCHÉ <input type="radio"/> AUCUN <input type="radio"/> MARCHETTE <input type="radio"/> CANNE <input type="radio"/> FAUTEUIL |
| CAPACITÉ DE MONTER LES MARCHES | <input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> NÉCESSITE AIDE <input type="radio"/> INCAPABLE *POUR MONTER À BORD SÉCURITAIREMENT, L'ÉVALUATION DE MOBILITÉ EST ESSENTIELLE* |
| CAPACITÉ À UTILISER LES TOILETTES | <input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> SONDÉ VÉSICALE <input type="radio"/> CULOTTE D'INCONTINENCE <input type="radio"/> BASSINE/URINAL <input type="radio"/> STOMIE |

COMMUNICATION / ÉTAT COGNITIF ET MENTALE

| | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|---|
| VISION ADÉQUATE | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON PRÉCISER : | CONFUSION | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |
| ÉLOCUTION ADÉQUATE | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON PRÉCISER : | AGITATION | <input type="radio"/> OUI * <input type="radio"/> NON |
| AUDITION ADÉQUATE | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON PRÉCISER : | IDÉES SUICIDAIRES | <input type="radio"/> OUI * <input type="radio"/> NON |
| LANGUE PARLÉE | <input type="radio"/> FRANÇAIS <input type="radio"/> ANGLAIS <input type="radio"/> AUTRE | AGRESSIVITÉ | <input type="radio"/> OUI * <input type="radio"/> NON |

*** Si OUI, COMPLÉTER ET FAXER LE FORMULAIRE « ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE ET COGNITIVE EN PRÉVISION D'UN TRANSFERT AÉROPORTÉ »**

ESPACE RÉSERVÉ À LA CENTRALE DE COORDINATION EVAQ

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|-------|
| DATE RÉCEPTION | HEURE | <input type="radio"/> FAXÉE SAG <input type="radio"/> FAXÉE ÉQUIPE DE BORD | ÉVALUÉE PAR | HEURE |
| STATUT <input type="radio"/> ACCEPTÉE <input type="radio"/> REFUSÉE : PRÉCISEZ | | | DÉLAI D'ÉVACUATION : | |
| PARTICULARITÉS | ALTITUDE | <input type="radio"/> O ₂ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PRODUITS SANGUINS _____ | <input type="radio"/> PHOTOTHÉRAPIE <input type="radio"/> FAUTEUIL <input type="radio"/> SIÈGE D'AUTO EVAQ <input type="radio"/> SIÈGE D'AUTO PERSO CONFORME | |
| | <input type="radio"/> NIVEAU DE MER | <input type="radio"/> ESCORTE TERRESTRE | | |