

## DEMANDE POUR DÉPLACEMENT DES USAGERS DE LA RÉGION (VOLET ÉLECTIF)

**IMPORTANT :** Avant d'effectuer le déplacement, le médecin référant complète la partie 3 de ce formulaire et le remet ensuite à l'utilisateur. Par la suite, l'utilisateur fera compléter la partie 4 par le médecin consulté. Il vous revient de compléter les parties 1 et 2 et de faire parvenir ce formulaire dans les 90 jours, pour fins de remboursement à : **Agathe Larouche, CSSS de Chicoutimi, Direction des soins infirmiers, 305 rue St-Vallier, Chicoutimi G7H 5H6 (aile F 4<sup>e</sup> étage) Tél.:541-1234 poste 2782.**

**Parties 1 et 2 :** Complété par l'utilisateur

**1. Identification de l'utilisateur**

Nom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Si enfant mineur, paiement à l'ordre de : \_\_\_\_\_

**2. Renseignements sur le déplacement**

Destination (nom du centre hospitalier/ville) située à plus de 250 km: \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous : \_\_\_\_\_

Date du déplacement : (aller) : \_\_\_\_\_ (retour) : \_\_\_\_\_

Moyen de transport : Véhicule personnel  Hébergement (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Transport en commun  Nombre de nuitées : \_\_\_\_\_

L'utilisateur affirme avoir pris connaissance des principaux critères d'admissibilité pour une compensation financière (voir au verso) et confirme l'exactitude des renseignements fournis.

**Signature de l'utilisateur (ou tuteur) :** \_\_\_\_\_

**Partie 3 :** Complété par le médecin référant

**3. Prescription du médecin référant pour un soin ou service à l'extérieur de la région**

Nom du médecin référant (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Nature du service prescrit (examen, intervention, traitement) : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Accompagnateur médicalement requis pour ce déplacement : Oui  Non

Justification : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature du médecin référant** **Date**

**Partie 4 :** Complété par le médecin consulté

**4. Attestation du médecin consulté à l'extérieur de la région**

Nom du médecin consulté et spécialité (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Nature du service rendu (examen, intervention, traitement) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature du médecin consulté** **Date**

**Partie réservée à l'usage du CSSS**

Approuvé par : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Coordonnateur, Responsable de la politique de déplacements** **Date**

Nombre de kilomètres :		\$
Transport en voiture ou		\$
Transport en commun :		\$
Nombre de nuitées :	_____ x _____ (taux)	\$
Forfait repas admissibles :	_____ x _____ (taux)	\$
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x _____ (taux)	\$
<b>Allocation accordée :</b>		<b>\$</b>

**Complété par :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_