

## Dossier administratif

N° dossier THV :

Demande effectuée par :  Client /  Proche /  Institution, EMS /  Autre : \_\_\_\_\_

### Informations administratives\*

Nom : \_\_\_\_\_ / Prénom : \_\_\_\_\_ / Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / H  / F

N° AVS : \_\_\_\_\_

Assurance LaMal : \_\_\_\_\_ / N° d'assuré : \_\_\_\_\_

Assurance accident : \_\_\_\_\_ / N° de sinistre : \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire : \_\_\_\_\_ / N° d'assuré : \_\_\_\_\_

### Adresse du domicile de résidence\*

Si existant -> Institution de résidence : \_\_\_\_\_

Plus -> Unité/Etage/Bâtiment : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ / NP & localité : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ / N° de fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### Adresse du domicile légal (commune où le client est enregistré au contrôle des habitants)\*

Identique à l'institution de résidence ?  oui  non / Sinon compléter les champs ci-dessous

Adresse : \_\_\_\_\_ / NP & localité : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ / N° mobile : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### Adresse de facturation\*

Identique à l'adresse légale ?  oui  non / Sinon compléter les champs ci-dessous

Identique à l'institution de résidence ?  oui  non / Sinon compléter les champs ci-dessous

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ / NP & localité : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ / N° de fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### Médecin traitant\*

Identique à l'institution de résidence ?  oui  non / Sinon compléter les champs ci-dessous

Nom : \_\_\_\_\_ / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ / NP & localité : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ / N° de fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

CMS de référence : \_\_\_\_\_ / Référent-e : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ / E-mail : \_\_\_\_\_

### Bénéficiaire des prestations complémentaires AVS/AI (PC-RFM)

de l'état de Vaud\*  oui  non / Si OUI joindre une attestation/confirmation des PC

\*obligatoires

N° dossier THV :

## Protocole de prise en charge

### Informations administratives\*

Nom : \_\_\_\_\_ / Prénom : \_\_\_\_\_ / Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / H  / F

### Informations de prise en charge\*

A sa propre chaise roulante **HOMOLOGUEE ISO 7176**  oui  non / si oui →  manuelle  électrique

Prendre chaise THV  oui  non

A son propre Maxi Cosi® / siège enfant / rehausseur **HOMOLOGUE ECE R129(I-Size) ou (R44)**  oui  non **Poids du client** : \_\_\_\_\_ Kg  
**Taille du client** : \_\_\_\_\_ cm

Prendre Maxi Cosi® / siège enfant / rehausseur THV  oui  non

A son propre tintébin-rollator  oui  non A sa propre canne  oui  non

A son propre scooter  oui  non / Si oui, il est **interdit** de voyager en étant installé sur ce type de moyen auxiliaire

A un chien d'assistance  oui  non / Si oui doit être équipé d'un harnais de sécurité lors des transports\*

Autres moyens auxiliaires : \_\_\_\_\_

Peut marcher  seul  avec soutien  non **Peut se transférer**  oui  non

Peut descendre des escaliers  seul  avec soutien  non **Peut s'exprimer seul**  oui  non

Peut monter des escaliers  seul  avec soutien  non **Peut rester seul**  oui  non

Handicap  Physique  Mental/Psychique  Troubles cognitifs

Epilepsie  oui  non / Si oui a en sa possession en permanence le Midazolam®  oui  non

Oxygénothérapie  oui  non / Si oui quelle est la prescription : \_\_\_\_\_ Litre/minute (**Maximum autorisé 5L/min**)

Allergies connues  oui  non / Si oui a en sa possession en permanence un EpiPen®  oui  non

Asthme  oui  non / Si oui a en sa possession en permanence un Ventolin®  oui  non

Remarques : \_\_\_\_\_

### Informations sur l'accessibilité du lieu de résidence\*

Code porte : \_\_\_\_\_ / Clé à disposition : \_\_\_\_\_ / Etage : \_\_\_\_\_

Ascenseur  oui  non / Si oui **dimensions minimales requises 110cm x 140cm / largeur de la porte 80cm**  
**HOMOLOGATION ISO 4190**

Escalier extérieur  oui  non / Si oui nombre de marches \_\_\_\_\_ / En colimaçon  oui  non

/Droit  oui  non

/En forme «U ou L»  oui  non

/si avec palier  oui  non

Escalier intérieur  oui  non / Si oui nombre de marches \_\_\_\_\_ / En colimaçon  oui  non

/Droit  oui  non

/En forme «U ou L»  oui  non

/si avec palier  oui  non

Procédure à suivre si personne n'est au domicile au retour : \_\_\_\_\_

Conformément à la **Loi sur la Circulation Routière (Art.31 al.1/3)**, le conducteur doit rester constamment maître de son véhicule de façon à pouvoir remplir son devoir de prudence. Le conducteur doit vouer toute son attention à la route et à la circulation. Les passagers sont tenus de ne pas le gêner ni le déranger.

**Transport Handicap Vaud** emploie des chauffeurs professionnels qui sont tous formés au secourisme. Bien qu'ils soient sensibilisés aux différents types de handicaps et adoptent la bonne réaction en cas de problèmes, **Transport Handicap Vaud** fournit un service de transport **non médicalisé**. Un accompagnant n'est pas prévu durant le transport. Si une surveillance s'avère nécessaire, le demandeur prévoit cet accompagnement.

Surveillance nécessaire pendant le transport ?  oui  non **Si oui, à prévoir par le client**

Lieu et date\* \_\_\_\_\_ Signature du client ou du représentant\* \_\_\_\_\_

\*obligatoires

## Certificat médical

N° dossier THV :

### Informations administratives\*

Nom : \_\_\_\_\_ / Prénom : \_\_\_\_\_ / Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / H  / F

N° AVS : \_\_\_\_\_ / Assurance accident : \_\_\_\_\_

Assurance LaMal : \_\_\_\_\_ / Assurance complémentaire : \_\_\_\_\_

#### Adresse du domicile légal

Adresse : \_\_\_\_\_ / NP & localité : \_\_\_\_\_

#### SI adresse du domicile de résidence :

Adresse : \_\_\_\_\_ / NP & localité : \_\_\_\_\_

**Son handicap ne permet pas à la personne susmentionnée de se déplacer à l'aide des transports publics.**

**Sa prise en charge nécessite expressément l'utilisation des services fournis par Transport Handicap Vaud**

Surveillance nécessaire pendant le transport :  Non  Oui (à prévoir par le client)

**Certificat valable** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (permanent  validité 1 an)\*

Remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu\* : \_\_\_\_\_ / Date\* : \_\_\_\_\_

Tampon et signature du médecin (\*\*obligatoire)

\*\* Ce document doit impérativement être daté et signé par le médecin.

\*obligatoires