

Dossier administratif

N° dossier THV :

Demande effectuée par : Client Proche Institution Autre : _____

Informations administratives*

Nom _____ Prénom _____ H F

Adresse _____ NP/localité _____

Date de naissance _____ N° AVS _____

N° téléphone _____ N° mobile _____

N° de fax _____ E-mail _____

Assurance maladie _____ N° d'assuré _____

Institution de résidence _____ Unité-bâtiment _____

Adresse _____ N° postal/localité _____

Adresse légale Long séjour Court séjour Du _____ au _____

N° téléphone _____ N° de fax _____ E-mail _____

Personne de référence pour la facturation Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ N° postal/localité _____

N° téléphone _____ N° de mobile _____ E-mail _____

Médecin traitant Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ N° postal/localité _____

N° téléphone _____ N° de fax _____ E-mail _____

CMS de référence _____ Référent _____ Tél _____

Autres remarques _____

* Informations obligatoires

Certificat médical

N° dossier THV :

Nom _____	Prénom _____	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse _____	NP/localité _____	
Date de naissance _____	N° AVS _____	
Institution de résidence _____	Unité-bâtiment _____	
Adresse _____	N° postal/localité _____	
Assurance _____	N° d'assuré _____	

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)

Indications sur le type de handicap

Physique Malvoyant-Aveugle
 Mental/psychique Troubles cognitifs

Remarques : _____

Moyens auxiliaires

Fauteuil roulant électrique Rollator
 Fauteuil roulant manuel Déambulateur (marchette)
 Béquilles - Cannes

Lieu _____ Date _____

Tampon et signature du médecin (*obligatoire)

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

A compléter par THV

Droit aux PC oui non

Droit aux bons oui non Sur commune de _____ Nombre _____

Début du droit _____ Fin du droit _____

N° dossier THV :

Protocole de prise en charge

Nom _____	Prénom _____	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse _____	N° postal/localité _____	
Institution de résidence _____	Unité-bâtiment _____	
Adresse _____	N° postal/localité _____	

Informations de prise en charge*		
A sa propre chaise roulante	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / si oui →	<input type="checkbox"/> manuelle <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> scooter
Prendre chaise THV pour les transports	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / Si oui, quel est le poids du client	: _____
Prendre siège enfant THV pour les transports	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / Si oui, quel est l'âge et le poids de l'enfant :	_____
Autres moyens auxiliaires du client <input type="checkbox"/> Tintébin-rollator <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Autre _____		
Peut marcher	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec soutien <input type="checkbox"/> non	Peut se transférer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Peut descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec soutien <input type="checkbox"/> non	Peut s'exprimer seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Peut monter des escaliers	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec soutien <input type="checkbox"/> non	Peut rester seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Handicap <input type="checkbox"/> Physique _____	<input type="checkbox"/> Mental/psychique _____	
Epilepsie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / si oui, nous vous ferons parvenir par courrier le détail de notre protocole en cas d'urgence		
Précautions particulières de prise en charge _____		
Procédure à suivre si personne n'est au domicile au retour _____		

Informations sur l'accessibilité du lieu de résidence *		
Code porte _____	Clé à disposition _____	Autres _____
Etage _____	Ascenseur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / Si non, nb de marches _____	intérieures _____ extérieures _____
Autres difficultés/remarques (accès au bâtiment, etc.) _____		

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 à la réanimation (BLS/AED**). 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. (**Mesures de base pour sauver la vie et utilisation d'un défibrillateur externe semi-automatique)

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

Personne de contact _____	N° de téléphone _____
Date _____	Signature du client ou du représentant * _____

***Informations obligatoires**

Après avoir rempli le formulaire, veuillez cliquer sur le bouton Enregistrer et nous l'envoyer ensuite par e-mail. Dans le cas contraire, nous vous remercions d'imprimer le fichier et de l'adresser par poste.

Envoyer par e-mail

Enregistrer

Imprimer

Réinitialiser le formulaire