

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**