

Dossier administratif

N° dossier THV :

Demande effectuée par : Client Proche Institution Autre : _____

Informations administratives

Nom _____ **Prénom** _____ H F

Adresse _____ N° postal/localité _____

Date de naissance _____ N° AVS _____

N° téléphone _____ N° mobile _____

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 Nom _____ Prénom _____ **Pour facturation**

Adresse _____ N° postal/localité _____

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

Médecin traitant Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ N° postal/localité _____

CMS de référence _____ Référent _____ Tél _____

Droit PC (AVS) oui non Dès le : _____ En cours

Autres remarques administratives (adresses de facturation...) _____

A compléter par THV **N° de dossier** _____

Droit PC oui non Dès le : _____ en cours PC Lausanne PC Vevey

Droit aux bons oui non Sur commune de _____ Nombre _____

Début du droit _____ Fin du droit _____

Autre _____

Dossier complet oui non **Mis à jour** oui non **Date** _____ **Visa** _____

Certificat médical

N° dossier THV :

Nom _____	Prénom _____	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance _____	No AVS _____	
Adresse _____	N° postal/localité _____	
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 de 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 (Préciser) Malvoyant-Aveugle
 Mental/psychique Troubles cognitifs

Remarques : _____

Moyens auxiliaires

Fauteuil roulant électrique Rollator
 Fauteuil roulant manuel Déambulateur (marchette)
 Béquilles - Cannes Oxygène (O²)

Lieu _____ Date _____

Tampon et signature du médecin (obligatoire)

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

A compléter par THV

Droit PC oui non Dès le : _____ en cours PC Lausanne PC Vevey
 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	>	<input type="checkbox"/> chaise manuelle <input type="checkbox"/> chaise électrique <input type="checkbox"/> scooter
Prendre chaise THV pour les transports <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Autres moyens auxiliaires du client	>	<input type="checkbox"/> Tintébin-rollator <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Autre _____
Peut se transférer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Peut s'exprimer seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Peut marcher <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 Physique <input type="checkbox"/> _____ Sensoriel <input type="checkbox"/> _____ Mental/psychique <input type="checkbox"/> _____		
Enfant <input type="checkbox"/> Taille _____ cm		Poids _____ kg (pour siège enfant)
Précautions particulières de prise en charge _____		
Procédure à suivre si personne n'est au domicile au retour _____		

Informations sur l'accessibilité du lieu de vie		
Code porte _____	Clé à disposition _____	Autres _____
Etage* _____	Ascenseur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si non nb de marches _____ intérieur _____ extérieur
Aide nécessaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres difficultés (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 polyhandicaps et adoptent la bonne réaction en cas de problèmes, **Transport Handicap Vaud** fournit un service de transport **non médicalisé et se décharge de toutes responsabilités quant aux risques de crises d'épilepsies durant le trajet, d'une administration de médicament et des conséquences qui pourraient s'en suivre**. 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