



cerfa
N° 11574*04

prescription médicale de transport

articles L.160-8, L.322-5 et R.322-10 à R.322-10-7 du code de la sécurité sociale

volet 1 : à conserver par le
transporteur et à joindre à la
facturation

personne transportée

nom et prénom **BENOÎT Nathalie**

numéro d'immatriculation **2 5 0 1 2 7 5 0 5 6 5 7 3 5 7**

date de naissance **0 9 1 2 1 9 5 0**

adresse **44 impasse Anatole France 35720 MESNIL-ROC'H**

le transport est en rapport avec

- ☐ une affection de longue durée (ALD) exonérante
☐ un accident du travail / une maladie professionnelle
☐ la maternité (à partir du 6^e mois de grossesse)
☒ une hospitalisation : ☒ complète ☐ partielle ☐ ambulatoire

date d'entrée **1 5 0 9 2 0 2 5**

- ☐ des soins itératifs (au moins 4 transports sur 2 mois)
☐ un transport de plus de 150 km (accord préalable)
☐ une convocation à un contrôle médical

le transport

☒ aller ☒ retour ☐ aller-retour itératif ; nombre de trajets

date du transport **1 5 0 9 2 0 2 5** heure **13h45**

de **domicile**

à **Centre Hospitalier Sainte-Solène, RENNES**

urgence : ☐ oui ☒ non

mode de transport prescrit (le moins onéreux compatible avec l'état du patient)

- ☒ ambulance
☐ transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)
☐ transport en commun (train, bus, métro)
☐ véhicule personnel

en cas de prescription d'une ambulance, justification :

- ☒ position obligatoirement allongée ou demi-assise
☐ surveillance par une personne qualifiée
☐ administration d'oxygène
☐ respect rigoureux des conditions d'asepsie
☐ transport avec brancardage ou portage

identification du prescripteur et de la structure

nom et prénom **COUTURIER Noémie**

identifiant (RPPS) **1 0 4 6 8 3 4 7 3 1 4**

n° structure (FINESS) **3 5 0 4 9 0 1 4 0**

date **1 4 0 9 2 0 2 5**

Dr Noémie COUTURIER
Chirurgie orthopédique et
traumatologique
Centre Hospitalier Sainte-Solène
35200 RENNES
Tél. 02 61 91 13 30
RPPS 10468347314

signature

attestation de l'assuré(e) (à compléter par la personne transportée)

☐ je certifie que le transport a été effectué et que je n'ai pas d'autre moyen de transport adapté à mon état.

signature de l'assuré(e)