

No de dossier : _____

IDENTIFICATION			
Nom de la personne décédée	Prénom de la personne décédée	Date de l'appel	Heure de l'appel
Maison funéraire	Nom du coroner	Période du transport	
Préposé au transport (1) Nom :	Préposé au transport (2) Nom :	<input type="checkbox"/> jour - 8h à 16h	<input type="checkbox"/> semaine
Prénom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> soir - 16h à minuit	<input type="checkbox"/> fin de semaine
		<input type="checkbox"/> nuit - minuit à 8h	<input type="checkbox"/> jour férié

LIEU DE PRISE EN CHARGE									
Date du transport		Heure d'arrivée sur les lieux		Heure départ des lieux		Temps d'attente		Km parcouru	
Lieu de prise en charge	<input type="checkbox"/> Résidence <u>Adresse</u> <input type="checkbox"/> Morgue Qc <input type="checkbox"/> Morgue Mtl <input type="checkbox"/> Installations transporteur <input type="checkbox"/> Centre hospitalier <u>Nom</u> <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____								
Personne autorisée à remettre le corps au préposé au transport	<input type="checkbox"/> Préposé au coroner <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Agent sécurité <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____ <u>Nom / Signature</u> Date _____ Heure _____								
Transport de biens	Objets Documents Enveloppe 3 Boîte Sac Autre / commentaires : _____ Si oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si non , effets laissés sur les lieux : _____ Témoin : <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____ <u>Nom / Signature</u> Date _____ Heure _____								

DESTINATION (A)									
Heure d'arrivée sur les lieux		Heure de départ des lieux		Temps d'attente				Km parcouru	
Destination du corps	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier <u>Nom</u> <input type="checkbox"/> Morgue Qc <input type="checkbox"/> Morgue Mtl <input type="checkbox"/> Installations du transporteur <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____								
(Témoin) Réception du corps par :	<u>Nom / Signature</u> Date _____ Heure _____								
(Témoin) Remise du corps par :	<u>Signature</u> <u>Nom / Signature</u> Date _____ Heure _____								

*Si plusieurs transports pour une même personne, utilisez plusieurs rapports d'activités

07032023

Expédiez ce formulaire dûment complété et signé avec votre facture

DESTINATION (B) (au besoin, si plus d'un arrêt dans le même transport)

Heure d'arrivée sur les lieux		Heure de départ des lieux		Temps d'attente			Km parcouru		
Destination du corps	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier _____ Nom _____ <input type="checkbox"/> Morgue Qc <input type="checkbox"/> Morgue Mtl <input type="checkbox"/> Installations du transporteur <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____								
(Témoin) Réception du corps par :	_____		Date _____		Heure _____			Nom / Signature	
(Témoin) Remise du corps par :	_____		Date _____		Heure _____			Nom / Signature	

RETOUR AUX INSTALLATIONS DU TRANSPORTEUR

Heure d'arrivée sur les lieux		Km parcouru	
-------------------------------	--	-------------	--

AUTRES

Visite _____ Date _____ _____ Nom / Signature Policier _____ Nom / Signature Coroner _____

Assistance _____ Date _____ _____ Nom du préposé _____ heure début _____ heure fin _____

Garde du corps du : _____ Date / Heure _____ au : _____ Date / Heure _____

Corps additionnel : #dossier _____ nom de la personne décédée _____
prénom de la personne décédée _____

Nettoyage : oui justifiez : _____

Remplacement de **sac à cadavre** : oui justifiez : _____

Préposé au transport (si besoin de personnel supplémentaire) : nom : _____ prénom _____
nom: _____ prénom _____
justifiez: _____

Commentaires :