

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 : _____ _____ Date _____ Heure _____ Nom / Signature								
Transport de biens	Objets Documents Enveloppe 3 Boîte Sac Autre / commentaires : _____ <b>Si oui</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Si non</b> , effets laissés sur les lieux : _____ Témoin : <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Coroner <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____ _____ Date _____ Heure _____ Nom / Signature								

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 :	_____ Date _____ Heure _____ Nom / Signature								
(Témoin) Remise du corps par :	_____ Date _____ Heure _____ Signature _____ Nom / Signature								

\*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 : _____								
(Témoïn) Réception du corps par :	_____		Date _____		Heure _____			Nom / Signature	
(Témoïn) 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 \_\_\_\_\_

**Garde du corps** du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
Date / Heure 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 :