

Date :	
Destinataire (nom du CIRA) :	N° télécopieur
Expéditeur :	N° télécopieur

Formulaire de demande d'ambulance pour les accouchements à domicile		
Nom de la patiente :	Date présumée de la naissance	
	Date réelle de la naissance	
Adresse	App.	Code d'accès
Ville		
Lot	Concession	Canton
Intersection / carrefour le plus prêt		
N° téléphone	N° tél. cellulaire	
N° carte santé	U.T.M. (à être saisi par le CIRA)	
Directives		
Sage-femme traitante	N° tél. clinique	N° téléavertisseur
Hôpital demandé		
Notes		

Mars 2004

La présente télécopie est envoyée en toute confidentialité et n'est destinée qu'à la personne ou à l'entité à laquelle elle est adressée. Toute autre distribution, copie ou divulgation est interdite. Si vous n'êtes pas le bénéficiaire visé ou si vous avez reçu ce message par erreur, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone, par courriel ou par télécopieur, et déchiqueter la transmission originale, y compris tout document joint, sans faire de copie. Nous vous remercions de votre collaboration. (CIRA : Centre intégré de répartition d'ambulances)