



Annexe N° 1 à la Circulaire DGS/DUS/CORUSS N°2012/188 du 9 mai 2012

 Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	MINISTÈRE DE LA SANTÉ	 Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ	RAPATRIEMENTS SANITAIRES VERS LA FRANCE DE PATIENTS PORTEURS DE MALADIES TRANSMISSIBLES ET NECESSITANT UN ISOLEMENT OU DE BACTERIES MULTI-RESISTANTES	MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ



FORMULAIRE DE SIGNALEMENT A L'ATTENTION DE : DGS ARS

I. DECLARATION

- Organisme déclarant : Société d'assistance MAEE Autre
- Cas de figure identifié :
- Catégorie 1**
Maladie transmissible susceptible de générer une menace pour la santé publique et pouvant se propager par les moyens de transports ou leurs passagers et toute maladie infectieuse émergente ou d'origine inconnue identifiée par les autorités sanitaires
- Catégorie 2**
Présence avérée ou suspectée de bactéries multi-résistantes¹ (BMR) émergentes chez un patient hospitalisé ou ayant été hospitalisé hors du territoire français, conformément aux dispositions en vigueur pour ce type de situations.
- Date du signalement : _____ Heure : _____
- Si société d'assistance, nom : _____
- Ville siège de l'organisme : _____
- Nom / prénom du directeur médical d'astreinte : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
- Nom / prénom du médecin régulateur : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

II. RAPATRIÉ(S)

- Nombre de rapatrié(s) : _____
- Numéro de dossier : _____
- Nom(s) du/des rapatrié(s) :
- _____ -
- _____ -
- _____ -
- _____ -
- Nationalité(s) du/des rapatriés : _____
- Motif médical du rapatriement : _____
- Portage d'une infection de catégorie 1 identifié ou suspecté ? Oui Non
Détail :
- Portage d'une infection de catégorie 2 identifié ou suspecté ? Oui Non
Détail :
- Passage éventuel en structure de soins ? : Oui Non
Laquelle :
Détail :
- Circonstances particulières (facultatif) : _____

 LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	MINISTÈRE DE LA SANTÉ RAPATRIEMENTS SANITAIRES VERS LA FRANCE DE PATIENTS PORTEURS DE MALADIES TRANSMISSIBLES ET NECESSITANT UN ISOLEMENT OU DE BACTERIES MULTI-RESISTANTES	 LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ	MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ	

III. TRANSPORT ET ACCUEIL

1 – Transport :

- Lieu(x) de départ :

Pays :	Ville :
--------	---------
- Date de départ :
- Moyen(s) de transport utilisé(s) :

- Nom de la compagnie :
- Numéro de vol : Numéro de place :
- Civière : Oui Non
- Nom / prénom du médecin rapatrieur :

Téléphone :	Mail :
-------------	--------
- Noms / prénoms des membres de l'équipe médicale :
-
-
-
-

2 - Accueil :

- Date d'arrivée prévue :
- Aéroport d'arrivée :

- Etablissement(s) de santé d'accueil envisagé(s) :

Nom :
Ville :
Service :

IV. MESURES DE PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DU RAPATRIEMENT

- Actions réalisées :
- Actions en cours (indiquer les échéances) :
- Mise en œuvre des recommandations sanitaires envisagées (indiquer les échéances) :