**FORMULAIRE DE SIGNALEMENT A L’ATTENTION DE :** [ ]  DGS [ ]  ARS

Date du signalement : Heure :

1. **DECLARATION**

**Organisme déclarant :**

[ ]  Société d’assistance [ ]  Ministère chargé des Affaires Etrangères [ ]  Autres

*Si société d’assistance :*

Nom de la société : Adresse du siège :

Directeur médical d’astreinte :

Nom, Prénom : Tel : Mail :

Médecin régulateur :

Nom, Prénom : Tel : Mail :

**Cas de figure identifié (Cf corps de l’instruction et annexe II) :**

[ ]  Catégorie 1A [ ]  Catégorie 1B [ ]  Catégorie 2 (*risque de portage BHRe*)

*Si situation relevant de la catégorie 1 (A ou B), préciser l’agent pathogène :*

[ ]  Contact à risque élevé [ ]  Cas suspect [ ]  Cas probable [ ]  Cas confirmé

1. **IDENTITE DES RAPATRIES / EVACUES**

Numéro de dossier :

Nombre de rapatriés :

Identité du (ou des) rapatrié(s) / évacués et motif :

1. Identité : Nationalité : DDN : Motif :
2. Identité : Nationalité : DDN : Motif :
3. Identité : Nationalité : DDN : Motif :
4. Identité : Nationalité : DDN : Motif :
5. Identité : Nationalité : DDN : Motif :

Passage dans une structure de soins : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, nom et adresse de la structure :

Type de service :

Dates de séjour : du : au :

1. **TRANSPORT SANITAIRE**

Aéroport de départ :

Date de départ : Horaire de départ :

Moyen(s) de transport utilisé(s) :

[ ] Ligne aérienne commerciale [ ]  Avion sanitaire [ ]  Autre

*Si autre, préciser :*

Nom de la compagnie : N° de vol : N° de siège :

Civière : [ ]  Oui [ ]  Non

Aéroport d’arrivée :

Date d’arrivée prévue: Horaire d’arrivée prévue:

Transfert vers un établissement de santé : [ ]  Oui [ ]  Non

*Si, oui :*

[ ]  VSL [ ]  VSAV [ ]  SMUR [ ]  Autre Préciser :

Médecin rapatrieur :

Nom, Prénom : Tel : Mail :

Equipe médicale :

1. Identité : Fonction :
2. Identité : Fonction :
3. Identité : Fonction :
4. Identité : Fonction :
5. **ETABLISSEMENT DE SANTE D’ACCUEIL ENVISAGE**

Nom de l’établissement :

Ville :

Service d’accueil (intitulé exact) :

Médecin ayant accepté le patient : N° de téléphone :

1. **MESURES DE PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DU RAPATRIEMENT**

Equipe opérationnelle d’hygiène informée : [ ]  Oui [ ]  Non

Précautions complémentaires : [ ]  Gouttelettes [ ]  Air [ ]  Contact

Recommandations spécifiques (indiquer les échéances) :