



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

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

**FORMULAIRE DE SIGNALEMENT A L'ATTENTION DE :  DGS  ARS**

**I. DECLARATION**

- Organisme déclarant :  Société d'assistance  MAEE  Autre

- Cas de figure identifié :

<input type="checkbox"/> <b>Catégorie 1</b> <i>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</i>	<input type="checkbox"/> <b>Catégorie 2</b> <i>Présence avérée ou suspectée de bactéries multi-résistantes<sup>1</sup> (BMR) émergentes chez un patient hospitalisé ou ayant été hospitalisé hors du territoire français, conformément aux dispositions en vigueur pour ce type de situations.</i>
--	---

- 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. RAPATRIE(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) : \_\_\_\_\_

