



Direction générale  
de la santé

Av. des Casernes 2  
1014 Lausanne

## **FORMULAIRE D'ANNONCE D'UN DISPOSITIF MÉDICO-SANITAIRE**

*Merci de remplir tous les champs.*

Ce document est à renvoyer à l'Office du médecin cantonal à l'adresse ci-dessous, dûment complété dans un délai vous permettant de prendre les mesures adéquates en cas de demande d'adaptation de son dispositif sanitaire, et, dans tous les cas, **au minimum trois mois** avant le début de la manifestation : [busama@busama.ch](mailto:busama@busama.ch).

### **1. DONNEES DE BASE**

N° POCAMA	
Nom de la manifestation	
Type de manifestation	
Date et horaires	
Localité de la manifestation <i>Merci d'annexer un plan du site si disponible</i>	
Nom et prénom de l'organisateur-trice	
N° de téléphone de l'organisateur-trice	
E-mail de l'organisateur-trice	

### **2. PERSONNE(S) RESPONSABLE(S) MÉDICO-SANITAIRE SUR PLACE**

***(Au moins une de ces personnes doit être joignable en permanence durant toute la durée de la manifestation)***

Nom	
Prénom	
N° de téléphone	
E-mail	

Nom	
Prénom	
N° de téléphone	
E-mail	

### 3. DESCRIPTION DE LA MANIFESTATION

#### *Choix multiples possibles*

Manifestations culturelles ou musicales : <input type="checkbox"/> Cortège, carnaval, défilé, parade <input type="checkbox"/> Giron, fête de jeunesse <input type="checkbox"/> Marché de Noël, fête de rue, exposition <input type="checkbox"/> Festival, concerts <input type="checkbox"/> Activités lacustres / aquatiques <input type="checkbox"/> Meeting aérien <input type="checkbox"/> Autre :	Manifestations sportives : <input type="checkbox"/> Sports mécaniques <input type="checkbox"/> Sports avec disciplines multiples ou à obstacles <input type="checkbox"/> Sports cyclistes <input type="checkbox"/> Courses pédestres <input type="checkbox"/> Sports nautiques <input type="checkbox"/> Sports équestres <input type="checkbox"/> Autre :
--	--

#### 3.1 Lieu de la manifestation

Adresse de la manifestation et commune			
Superficie	m <sup>2</sup>	Capacité maximale	personnes
<input type="checkbox"/> intérieur <input type="checkbox"/> extérieur			

#### 3.2 Spectateurs (Participants passifs)

Nombres de spectateurs attendus		Au pic d'affluence	
Influence possible de substances psychoactives (alcool / stupéfiants)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

#### 3.3 Participants actifs

Nombre de participants actifs attendus	
Risques	Grandes sollicitations sur le plan physique et / ou cardiaque <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Activités présentant un risque d'accidents et / ou blessures <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## 4. DISPOSITIF MÉDICO-SANITAIRE

### 4.1 Informations générales

Le dispositif médico-sanitaire doit assurer la prise en charge médico-sanitaire de toute personne liée à la manifestation et ce jusqu'à l'arrivée des secours professionnels si nécessaire.	
Nombre de poste(s) sanitaire(s)	
Capacité de prise en charge simultanée au(x) poste(s) sanitaire(s)	Assis : Couchés :
Zone de dégrisement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### 4.2 Personnel non-professionnel

Secouriste(s) sur place	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
	Société (si applicable)		

### 4.3 Véhicule de sauvetage

Ambulance(s) et équipage(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
	Société		

### 4.4 Personnel professionnel de la santé

<input type="checkbox"/> Médecin* <input type="checkbox"/> Infirmier-ère* <input type="checkbox"/> Ambulancier-ère* <input type="checkbox"/> Technicien-ne ambulancier-ère	
Nom	
Prénom	
N° de téléphone sur site	
*Droit de pratique vaudois à titre indépendant <i>Joindre le document</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Société (si applicable)	

<input type="checkbox"/> Médecin* <input type="checkbox"/> Infirmier-ère* <input type="checkbox"/> Ambulancier-ère* <input type="checkbox"/> Technicien-ne ambulancier-ère	
Nom	
Prénom	
N° de téléphone sur site	
*Droit de pratique vaudois à titre indépendant <i><b>Joindre le document</b></i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Société (si applicable)	

<input type="checkbox"/> Médecin* <input type="checkbox"/> Infirmier-ère* <input type="checkbox"/> Ambulancier-ère* <input type="checkbox"/> Technicien-ne ambulancier-ère	
Nom	
Prénom	
N° de téléphone sur site	
*Droit de pratique vaudois à titre indépendant <i><b>Joindre le document</b></i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Société (si applicable)	

<input type="checkbox"/> Médecin* <input type="checkbox"/> Infirmier-ère* <input type="checkbox"/> Ambulancier-ère* <input type="checkbox"/> Technicien-ne ambulancier-ère	
Nom	
Prénom	
N° de téléphone sur site	
*Droit de pratique vaudois à titre indépendant <i><b>Joindre le document</b></i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Société (si applicable)	

Si nécessaire, merci de dupliquer la page n°4 pour ajouter des effectifs supplémentaires.