



HAÏTI
CYCLONE MATTHEW - 2016



Organisation
Panaméricaine
de la Santé

Organisation
mondiale de la Santé
Amériques

NOM DU EMT		# IDENTIFICATION OMS	
NIVEAU EMT		DATE ET LIEU DE L'OFFRE DE SERVICE	

☐ Nous acceptons de nous conformer aux normes et principes des EMT, disponibles sur le lien suivant:

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf

POUR UTILISATION OFFICIELLE INTERNE MSPP			
STATUT D'APPROBATION:	☐ Approuvé	☐ En attente	Raison:
	☐ TÂCHES ASSIGNÉES	☐ Dénier	Raison:
EMT VERIFICATION:	☐ Classification OMS	☐ Aéroport	☐ Terrain
	☐ Registre MSPP/Ministère de la Planification (si disponible)		
SITE ALLOUÉ:			DATE DE DÉPLOIEMENT:
	<i>Emplacement</i> <i>Coordonnées GPS</i>		DURÉE (JOURS):
COMMENTAIRES:			

INFORMATION DU EMT	
ORGANISATION	DURÉE DE LA MISSION (JOURS):
TYPE D'ORGANISATION: ☐ ONG NATIONALE ☐ ONG INT ☐ GOUVERNEMENT ☐ MILITAIRE ☐ AUTRE:	
PAYS:	NUMERO D'EMT: ## DE #
DATE ESTIMÉE DE L'ARRIVÉE DANS LE PAYS:	DATE PRÉVUE POUR ÊTRE OPÉRATIONNEL:
POINT FOCAL DE L'ORGANISATION (BUREAU CENTRAL)	
TITRE/NOM	POSTE:
ADRESSE:	
EMAIL:	TÉLÉPHONE:
POINT FOCAL MT (LEADER DE L'ÉQUIPE DANS LE TERRAIN)	
TITRE/NOM	POSTE
EMAIL LEADER	EMAIL EMT
TÉLÉPHONE LOCAL:	TÉLÉPHONE SATELLITE:

	DETAILS EMERGENCY MEDICAL TEAM	NOM/ #ID DE CLASSEMENT GLOBAL DE EMT
---	--	---

NIVEAU DE EMT	
☐Type 1 Mobile ☐Type 1 Fixe ☐Type 2 ☐Type 3 ☐ cellule spécialisée (<i>spécifier</i>):	
Est-ce que votre équipe prévoit d'installer un hôpital de campagne? ☐Non ☐Oui Spécifier le type Numéro Taille de l'EMT:	

SOUTIEN LOGISTIQUE REQUIS
Demande de soutien logistique? ☐Non ☐OUI Spécifier (Dans le cas où vous avez besoin de transport, s'il vous plaît confirmer le type, le poids et le volume).

capacité de clinique externe (patients/jour):		Autres capacités: ☐ Anesthésie Générale ☐ Soins Intensifs ☐ Radiologie ☐ Échographie ☐ Laboratoire ☐ Transfusion sanguine ☐ Pharmacie ☐ Réhabilitation
capacité d'hospitalisation (nombre de lits):		
Nombre de tables chirurgicales:		
Capacité chirurgicale (Nombre Procédures majeures et mineures/jour):		

PRÉCISER VOS SERVICES CLINIQUES	PRÉCISER LES CAPACITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE
--	---

	DETAILS EMERGENCY MEDICAL TEAM	NOM/ #ID DE CLASSEMENT GLOBAL DE EMT
--	---	---

☐ Nous acceptons de nous conformer aux normes et principes des EMT, disponibles sur le lien suivant:

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf

STATUT DU CLASSEMENT GLOBAL DE L'OMS

☐ Pas de compte ☐ Demandé ☐ En cours ☐ Classé ☐ ID:

EXPÉRIENCE DE DÉPLOIEMENT (INFORMATION SUR LES 5 DERNIERS DÉPLOIEMENTS)

ANNÉE	PAYS	ÉVÈNEMENT	TYPE DE EMT	DURÉE DE LA MISSION

TRAVAIL EXISTANT OU PRÉCÉDENT EN HAÏTI

ORGANISATION	LOCATION	RELATION

INFORMATIONS DU PERSONNEL EMT (TYPE ET NOMBRE) 	SPÉCIFIER LE TYPE ET NOMBRE DE STAFF LOCAL QUI POURRAIT REJOINDRE L' EMT
---	---

LISTE DE VÉRIFICATION DES DOCUMENTS ☐ licence de pratique courante ☐ CV ou un résumé de l'expérience professionnelle ☐ Passeport ☐ Visa (le cas échéant) ☐ Documents de la douane ☐ Autres documents requis par le Gouvernement	NOM ET EMAIL DE LA PERSONNE QUI A DÉPOSÉ LE FORMULAIRE
--	---

Montant du Budget consacre aux salaires du personnel	Gourdes	
Montant du Budget consacre aux intrants médicaux	Gourdes	
Montant du Budget consacre aux équipements médicaux	Gourdes	

Faites parvenir ce formulaire aux E-mails ci-dessous Merci.

E-mail : mspp.cellcom.urgence@gmail.com / cellcom.urgence@mspp.gouv.ht / samina.louisjeune@mspp.gouv.ht

Utiliser ce lien si vous n'avez pas Adobe Reader : <http://www.adobe.com/support/downloads/product.jsp?platform=windows&product=10>