

DÉCLARATION MARITIME DE SANTÉ
 (2 0 1 9)

A remplir et signer par les capitaines des navires en provenance de ports étrangers
 et à présenter à l'autorité sanitaire **48 heures avant l'arrivée au port**.



**A renouveler en cas de demande par les autorités sanitaires,
 ou en cas de modification des informations, jusqu'au départ des eaux territoriales.
 Remplir la page 2 en cas de réponse « oui » à une des questions de santé de la page 1.**

Présentée au port de Date

Nom du navire Numéro d'immatriculation/OMI

en provenance de à destination de

(Nationalité) (Pavillon du navire) Nom du capitaine

Jauge brute (navire)

Certificat valable de contrôle/d'exemption de contrôle sanitaire à bord ? ▶ oui - non

Délivré à Date

Nouvelle inspection requise ? ▶ oui - non

Le navire/bateau s'est-il rendu dans une zone affectée telle que définie par l'OMS ? ▶ oui - non

Nom du port et date de la visite

Liste des escales depuis le début du voyage (avec indication des dates de départ) ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours :

.....

.....

Si l'autorité compétente du port d'arrivée en fait la demande, liste des membres de l'équipage, passagers ou autres personnes qui ont embarqué sur le navire/bateau depuis le début du voyage international ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours, et nom de tous les ports/pays visités au cours de cette période (ajouter les noms dans le tableau ci-contre) :

- | | | | |
|--------------|-----------------------|----------|----------|
| 1. Nom | embarqué à : 1) | 2) | 3) |
| 2. Nom | embarqué à : 1) | 2) | 3) |
| 3. Nom | embarqué à : 1) | 2) | 3) |

Effectif de l'équipage

Nombre de passagers à bord

		Répondre	
		oui	non
1)	Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? <i>Si oui, donner les détails dans le tableau en page 2.</i> Nombre total de décès :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Y a-t-il à bord, ou y a-t-il eu au cours du voyage international, des cas suspects de maladie de caractère infectieux ? <i>Si oui, donner les détails dans le tableau en page 2.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre escompté ? Quel a été le nombre de malades ? :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Y a-t-il actuellement des malades à bord ? <i>Si oui, donner les détails dans le tableau en page 2.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Un médecin a-t-il été consulté ? <i>Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau en page 2.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Avez-vous connaissance de l'existence à bord d'une affection susceptible d'être à l'origine d'une infection ou de la propagation d'une maladie ? <i>Si oui, donner les détails dans le tableau en page 2.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination, par ex.) ont-elles été prises à bord ? Si oui, préciser lesquelles, le lieu, la date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? Si oui, où sont-ils montés à bord (à votre connaissance) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note : En l'absence d'un médecin, le capitaine doit considérer les symptômes suivants comme des signes faisant présumer l'existence d'une maladie de caractère infectieux :

- a) fièvre, persistant plusieurs jours, accompagnée de : i) prostration ; ii) diminution de la conscience ; iii) hypertrophie ganglionnaire ; iv) ictère ; v) toux ou difficultés respiratoires ; vi) saignements inhabituels ; ou vii) paralysie.
- b) fièvre, ou absence de fièvre, accompagnée de : i) un érythème ou une éruption cutanée aiguë ; ii) de forts vomissements (non provoqués par le mal de mer) ; iii) une diarrhée sévère ; ou iv) des convulsions récurrentes.

Je déclare que les renseignements et réponses figurant dans la présente déclaration de santé (y compris le tableau) sont, à ma connaissance, exacts et conformes à la vérité.

Date

Signé
 Capitaine

Contresigné
 Médecin de bord (s'il y a lieu)

TABLEAU JOINT A LA DECLARATION MARITIME DE SANTE

Nom	Classe ou fonctions à bord	Age	Sexe	Nationalité	Port et date d'embarquement	Nature de la maladie	Date d'apparition des symptômes	Signalée au médecin du port ?	Issue*	Médicaments ou autres traitements administrés au patient	Observations

Date

Signé
Capitaine

Contresigné
Médecin de bord (s'il y a lieu)

* Indiquer : 1) si la personne s'est rétablie, si elle est encore malade ou si elle est décédée ; et 2) si la personne est encore à bord, si elle a été évacuée (donner le nom du port ou de l'aéroport), ou si son corps a été immergé.