



**DOSSIER DE DEMANDE D'AUTORISATION  
DE MISE EN SERVICE DE VEHICULE  
DE TRANSPORTS SANITAIRES  
(Hors SMUR)**

## REFERENCES TEXTUELLES

📖 Article L. 6122-1 du CSP et suivants

📖 Article L.6312-4 du CSP et suivants :

« Dans chaque département, la mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 du CSP (= personnes effectuant un transport sanitaire) de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est **soumise à l'autorisation du Directeur général de l'ARS**.

**Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population.**

**Ces dispositions ne s'appliquent pas aux véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente ».**

📖 Article R.6312-33 et suivants

📖 Décret du 29 août 2012;

📖 Arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

## ENVOI / DEPOT DE LA DEMANDE

La demande d'autorisation devra être impérativement :

☞ soit déposée à l'accueil de la Délégation Départementale de l'ARS compétente, contre récépissé ;

☞ soit transmise par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse de la Délégation Départementale de l'ARS compétente.

# CONTACTS ARS BRETAGNE

## Délégation départementale des Côtes d'Armor

Sophie RANNOU : 02 96 78 61 72

Anne CHARLES : 02 96 78 86 53

✉ **Adresse** : 34 rue de Paris - BP 2152  
22021 SAINT BRIEUC CEDEX  
[sophie.rannou@ars.sante.fr](mailto:sophie.rannou@ars.sante.fr)  
[anne.charles@ars.sante.fr](mailto:anne.charles@ars.sante.fr)

## Délégation départementale du Finistère

Myriam LIGER : 02 98 64 01 54

Béatrice LASTENNET : 02 98 64 58 30

✉ **Adresse** : 5 Venelle de Kergos  
29324 QUIMPER  
[myriam.liger@ars.sante.fr](mailto:myriam.liger@ars.sante.fr)

## Délégation départementale du Morbihan

☞ **Pour le département du Morbihan :**

Nathalie BERNARD : 02 97 62 77 96

Madeleine GOURMELON : 02 97 62 77 60

☞ **Pour le département d'Ille et Vilaine :**

Nathalie BERNARD : 02 97 62 77 96

Madeleine GOURMELON : 02 97 62 77 60

✉ **Adresse** : 32 Boulevard de la Résistance - CS 72283  
56008 VANNES CEDEX  
[ars-dt56-professions-de-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-dt56-professions-de-sante@ars.sante.fr)

En matière d'autorisation, deux procédures existent, l'une concerne les autorisations nouvelles de mise en service (1) et l'autre porte sur le transfert d'une autorisation de mise en service (2).

Dans les deux cas, le contrôle de conformité (3) et la délivrance de l'autorisation (4) constituent deux étapes incontournables.

## 1. Procédure d'attribution d'autorisation nouvelle de mise en service : R. 6312-33.

---

**A) Préalable :** le département doit être sous doté en véhicules par rapport au nombre théorique fixé. Dans le cas contraire, aucune nouvelle autorisation ne peut être délivrée (alinéa 2 de l'article L. 6312-4).

**B) Détermination des priorités pour l'attribution d'autorisations supplémentaires** (décret du 29 août 2012).

**C) Publication des priorités d'attribution**

**D) Contenu de la demande d'autorisation**

La demande précise, sous peine d'irrecevabilité :

- ✓ l'identité du demandeur,
- ✓ le nombre d'autorisations demandées,
- ✓ la catégorie de véhicule,
- ✓ la commune d'implantation du véhicule.

**E) Délai de réception des demandes d'autorisation**

Le délai de réception des demandes court à compter de la date de publication des priorités d'attribution d'autorisations nouvelles, et ne peut être inférieur à un mois.

Les demandes d'autorisation sont enregistrées par la délégation Départementale de l'ARS compétente dès leur réception.

**F) Examen des demandes**

**G) Délivrance des autorisations**

## 2. Transfert d'une autorisation de mise en service

---

**A/ Transfert automatique en cas de remplacement d'un véhicule par un véhicule équivalent, (sans modification du lieu d'implantation ni du changement de propriétaire du véhicule).**

Le transporteur doit adresser à la Délégation Départementale compétente une demande écrite de transfert. Le transfert de l'autorisation est de droit mais ne peut être effectif qu'après validation formelle par le DGARS. Cette validation formelle intervient dès réception de la demande adressée au DGARS.

Une fois le transfert accepté formellement par le DGARS, le transporteur devra adresser les pièces suivantes à la Délégation Départementale compétente.

- Copie de la carte grise du nouveau véhicule,
- Copie du certificat UTAC pour les ambulances,
- Copie de l'autorisation initiale.

## **B/ Transfert d'autorisations soumises à l'accord préalable du DGARS : modification de la catégorie du véhicule, modification de l'implantation du véhicule et cession du véhicule et/ou du droit d'usage de ce véhicule**

Le dossier de demande doit être adressé par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé contre récépissé à l'ARS.

En cas de demande de modification de l'implantation du véhicule, la demande écrite devra préciser la nouvelle répartition des véhicules et du personnel de l'entreprise de transports sanitaires ainsi que les motivations du transporteur et la date de prise d'effet souhaitée. Lorsque la demande intervient dans le cadre d'une cession de fonds de commerce ou d'une cession de véhicules, le compromis devra être joint à la demande.

**Si le transfert est accepté par le DGARS**, le transporteur devra adresser à la Délégation Départementale compétente les pièces suivantes :

✓ **En cas de demande de modification de la catégorie du véhicule :**

- Copie de la carte grise,
- Copie du certificat UTAC pour les ambulances,
- Copie de l'autorisation initiale,

✓ **En cas de demande de modification de l'implantation :**

- Copie de la carte grise,
- Copie du certificat UTAC pour les ambulances,
- Copie de l'autorisation initiale,

✓ **En cas de cession du véhicule ou du droit d'usage de ce véhicule**

- Copie de l'acte de cession,
- Copie de la carte grise,
- Copie du certificat UTAC pour les ambulances,
- Copie de l'autorisation initiale,

**Tout refus de transfert prononcé par le DGARS** devra être notifié et motivé par l'un et/ou l'autre des motifs prévu par la réglementation (article R. 6312-37 du CSP) :

- ☞ La satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population
- ☞ La situation locale de la concurrence
- ☞ Le respect du nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires mentionné à l'article R. 6312-30
- ☞ La maîtrise des dépenses de transports de patients

Le refus de transfert devra préciser les modalités et voie de recours.

**En l'absence de réponse du DGARS**, l'accord est réputé donné tacitement au bout de deux mois. Cette période court à compter du jour de réception de la demande par le DGARS

### 3. Le contrôle de conformité préalablement à la mise en service du véhicule

La délégation départementale de l'ARS doit pratiquer un contrôle des véhicules avant la délivrance de l'autorisation.

#### Ce contrôle est réalisé de la manière suivante dans les départements des Côtes d'Armor, du Finistère et de l'Ille et Vilaine :

↳ **Sur pièces par la délégation départementale** sur la base des attestations sur l'honneur de conformité d'un véhicule et sur la base des grilles de conformité réglementaire. Cf *Annexe 1 : Fiche 6 pour un remplacement définitif et 6 bis pour un remplacement temporaire*) **à compléter par l'entreprise et à transmettre à l'ARS** (Cf *Annexe 3 : fiche 7, 8 et 9 mises à disposition des entreprises pour un autocontrôle des véhicules*).

↳ **Les gérants des entreprises agréées procèdent à la vérification de la complétude du matériel du véhicule avant de solliciter l'autorisation de mise en service** (Cf *Annexe 3 : fiche 7, 7 bis et 8 mises à disposition des entreprises pour un autocontrôle des véhicules*).

Le titulaire de l'agrément est garant de la conformité des véhicules et en cas de manquement, une procédure de sanction pourra être engagée en application de l'article R6312-5 du code de la santé publique.

#### Ce contrôle est réalisé de la manière suivante dans le département du Morbihan :

↳ **Sur pièces par la délégation départementale** sur la base des attestations sur l'honneur de conformité d'un véhicule et sur la base des grilles de conformité réglementaire. Cf *Annexe 1 : Fiche 6 pour un remplacement définitif et 6 bis pour un remplacement temporaire*) **à compléter par l'entreprise et à transmettre à l'ARS**. Cf *Annexe 3 : fiche 8 et 9 mises à disposition des entreprises pour un autocontrôle des entreprises*.

↳ **Sur place par le SAMU/SMUR pour les ambulances** sur la base de la grille de conformité des véhicules de catégorie A et C (cf *Annexe 2 : Fiches 7 et 8*). Les transporteurs devront ainsi solliciter un contrôle de conformité auprès du SAMU du département.

### 4. La délivrance de l'autorisation de mise en service du véhicule

**Après avis favorable à l'issue du contrôle sur pièces** il est adressé au gérant l'autorisation de mise en service.

L'autorisation de mise en service du véhicule doit préciser :

- ✓ le lieu d'implantation et
- ✓ la catégorie du véhicule.

**Sans cette autorisation de mise en service, le véhicule n'est pas autorisé à circuler pour effectuer des transports sanitaires.**

**Le retrait d'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation.**

## Annexes

### **Annexe 1 : Fiches n°6 et 6 bis : Attestation sur l'honneur de conformité d'un véhicule → à compléter par l'entreprise**

- ☞ Fiche 6 : Remplacement définitif
- ☞ Fiche 6 bis Remplacement temporaire

### **Annexe 2 : Fiche 7, 8 et 9 : Grilles de contrôle SAMU ou d'autocontrôle pour les entreprises**

- ☞ Fiche 7 : ambulances de catégorie A et C AMU
- ☞ Fiche 8 : ambulances de catégorie C
- ☞ Fiche 9 : Véhicule de catégorie D (VSL)

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
DE CONFORMITE D'UN VEHICULE REMPLACEMENT DEFINITIF**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Représentant(s) légal (légaux) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° d'agrément : \_\_\_\_\_

Lieu d'implantation \_\_\_\_\_

Type du véhicule <sup>(1)</sup> :    AMB CATEGORIE A TYPE B   
                                   AMB CATEGORIE A TYPE C   
                                   AMB CATEGORIE C TYPE A   
                                   VSL

Date de mise en circulation demandée : \_\_\_\_\_

Marque et type de véhicule : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Kilométrage : \_\_\_\_\_

Équipement bariatrique :  OUI  NON

Pour les VSL nécessaire d'urgence conforme :  
 OUI  NON

Pour les ambulances complétude du matériel obligatoire :  
 OUI  NON

Origine du véhicule <sup>(1)</sup> :

➤ Véhicule de remplacement définitif

- Véhicule neuf en remplacement du véhicule immatriculé \_\_\_\_\_  
 Véhicule d'occasion racheté à \_\_\_\_\_  
 En remplacement du véhicule immatriculé \_\_\_\_\_

➤ Véhicule supplémentaire

- Véhicule neuf mis en service suite à transfert d'autorisation de circuler  
 Véhicule d'occasion mis en service suite à transfert d'autorisation de circuler

(Sous réserve d'un accord préalable de l'ARS à la demande de transfert de l'autorisation de mise en service du véhicule)

Cession du véhicule <sup>(1)</sup> :

➤ Véhicule repris par le concessionnaire

- OUI  NON

➤ Véhicule mis en vente par l'entreprise

- OUI  NON

**JOINDRE IMPERATIVEMENT**

- Copie recto verso du certificat d'immatriculation,
- Copie du dernier contrôle technique,
- Copie du certificat de conformité pour les véhicules ambulances
- Copie de l'autorisation de mise en service du véhicule remplacé
- Pour les ambulances catégorie A et C copie de la grille de contrôle remise par le SAMU 56 ou complétée par l'entreprise (départements 22, 29 et 35)
- Photos des 4 faces du véhicule : (immatriculation visible)

Je (nous), soussigné(s), M. \_\_\_\_\_ représentant(s) légal  
(légaux) de l'entreprise de transports sanitaires : \_\_\_\_\_

Atteste (attestons) sur l'honneur que le véhicule mis en circulation est conforme aux dispositions de l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres tant concernant les mentions apposées sur le véhicule (insigne distinctif, taille, couleur et nombre des mentions) que concernant l'équipement des véhicules.

En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, en cas de maintien en circulation e l'ancien véhicule autorisé ou en cas de mise en circulation d'un véhicule sans autorisation de l'ARS, je m'expose (nous nous exposons) à des sanctions conformément à l'article R.6312-5 du Code de la Santé Publique.

Date :

Signature et cachet de l'entreprise :

(1 ) Cochez la case correspondante

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
DE CONFORMITE D'UN VEHICULE REMPLACEMENT TEMPORAIRE**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Représentant(s) légal (légaux) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° d'agrément : \_\_\_\_\_

Lieu d'implantation \_\_\_\_\_

Type du véhicule <sup>(1)</sup> :           AMB CATEGORIE A TYPE B

  AMB CATEGORIE A TYPE C

  AMB CATEGORIE C TYPE A

  VSL

Date de mise en circulation demandée : \_\_\_\_\_

Marque et type de véhicule : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Kilométrage : \_\_\_\_\_

Pour les VSL nécessaire d'urgence conforme :

OUI  NON

Pour les ambulances complétude du matériel obligatoire :

OUI  NON

Origine du véhicule <sup>(1)</sup> :

➤ **Véhicule de remplacement temporaire**

Véhicule en remplacement du véhicule immatriculé \_\_\_\_\_  
Immobilisé pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

➤ **Véhicule remis en service après immobilisation**

Véhicule immobilisé du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Remplacé pendant cette période par le véhicule immatriculé \_\_\_\_\_

Je (nous), soussigné(s), M. \_\_\_\_\_ représentant(s) légal  
(légaux) de l'entreprise de transports sanitaires : \_\_\_\_\_

*Atteste (attestons) sur l'honneur que le véhicule mis en circulation est conforme aux dispositions de l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres tant concernant les mentions apposées sur le véhicule (insigne distinctif, taille, couleur et nombre des mentions) que concernant l'équipement des véhicules. En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, je m'expose (nous nous exposons) à des sanctions conformément à l'article R.6312-5 du Code de la Santé Publique.*

Date :

Signature et cachet de l'entreprise :

(1) Cochez la case correspondante

**Check-list de contrôle SAMU (département 56) ou d'autocontrôle pour les  
ambulances AMU (départements 22, 29 et 35)**

**Grille de conformité des véhicules**  
**Ambulances de Catégorie A / Type B**  
**Ambulance de Catégorie C / Type A - AMU**  
*Arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les  
véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres*

**Identification du véhicule**

- Nom de l'entreprise : .....
- Numéro d'immatriculation du véhicule contrôlé : .....
- Catégorie du véhicule :
  - Ambulances de catégorie A / Type B de la norme NF EN 1789 (ASSU)
  - Ambulances de catégorie C / Type A de la norme NF EN 1789 (petit volume participant à l'AMU)

ARTICLE R.6312-8 du code de la santé publique	TYPES : NORME NF EN 1789
<b>Catégorie A</b> : ambulance de secours et de soins d'urgence A.S.S.U./Transport en position allongée d'un patient unique	<b>Type B</b> : ambulance de soins d'urgence conçue et équipée pour le transport, les premiers soins et la surveillance des patients
	<b>Type C</b> : ambulance de soins intensifs conçue et équipée pour le transport, les soins intensifs et la surveillance des patients
<b>Catégorie C</b> : ambulance/transport en position allongée d'un patient unique	<b>Type A</b> : ambulance conçue et équipée pour le transport sanitaire de patients dont l'état de santé ne laisse pas présager qu'ils puissent devenir des patients en détresse
<b>Catégorie D</b> : véhicule sanitaire léger/transport de 3 patients au maximum en position assise	

**L'équipement correspondant au type C est exigible des seuls véhicules de catégorie A en utilisation SMUR**

NB : Seuls les équipements obligatoires sont mentionnés dans la présente grille

### EQUIPEMENT DES VEHICULES

<b>Equipements de relevage et de brancardage du patient</b>			
	<b>Quantité</b>		
Brancard principal / support brancard (EN 1865)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Portoir de type cuillère (EN 1865)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matelas à dépression (EN 1865)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositif de transport du patient en position assise (chaise portoir) (EN 1865)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Equipements d'immobilisation</b>			
	<b>Quantité</b>		
Lot pour les fractures : 2 attelles membres supérieurs 2 attelles membres inférieurs	1	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non
Lot de colliers cervicaux (immobilisation du rachis cervical) : Collier cervical enfant multi-tailles Collier cervical adulte multi-tailles	1	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non

<b>Equipements de ventilation / respiration</b>			
	<b>Quantité</b>		
Oxygène portable : capacité minimum 2 000 l, conditions normales de température et de pression, détendeur, débit-litre avec robinet permettant un débit d'eau d'au moins 15 l / min, (raccord rapide optionnel) (EN 737-1 / 1998)	2 000 l	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insufflateurs manuels avec masques et canules pour tous les âges : Insufflateur manuel adulte avec 2 tailles de masques Insufflateur manuel enfant avec 2 tailles de masques Canules de 5 tailles différentes Masque à haut concentration adulte Masque à haute concentration enfant Lunettes à oxygène adultes Lunettes à oxygène enfant	1	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non
Embout de ventilation bouche à masque avec entrée oxygène	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositif portable d'aspiration des mucosités (EN ISO 10079-2 : 1999)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Equipements de diagnostic			
	Quantité		
Appareil à tension manuel, taille de serrage 10 cm-66 cm	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Oxymètre (EN ISO 9919)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Stéthoscope	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Thermomètre, mesures minimales : 28° C-42° C	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositif pour doser le sucre dans le sang (Glucomètre)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lampe diagnostic	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Médicaments			
	Quantité		
Supports soluté	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Equipements de réanimation			
	Quantité		
Défibrillateur avec enregistrement ECG des données patient (EN 60601-2-4)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Bandages et matériels d'hygiène			
	Quantité		
Matériels de couchage	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Couverture bactériostatique	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matériel pour le traitement des plaies ( <i>voir composition en annexe</i> )	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matériel pour le traitement des brûlures thermiques et chimiques ( <i>voir composition en annexe</i> )	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Récipient pour réimplantation permettant de maintenir la température interne à 4°C (+ ou + 2°C) pendant au moins 2 heures et matériel membre sectionné ( <i>voir composition en annexe</i> )	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Haricot	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sac vomitoire	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bassin	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Urinal (pas en verre)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Paires de gants chirurgicaux stériles (EN 455-1,-2)	5	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Gants non stériles à usage unique (EN 455-1,-2)	100	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matériel d'accouchement d'urgence ( <i>voir composition en annexe</i> )	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sacs poubelle	5	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Drap à usage unique pour brancard	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Equipements de protection individuelle (par membre d'équipage)</b>			
	<b>Quantité</b>		
Vêtement de signalisation visuelle	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matériel de protection contre l'infection (chasuble à usage unique, lunettes)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masques de protection respiratoire de type FFP2 à usage unique	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Matériel de protection et de sauvetage</b>			
	<b>Quantité</b>		
Matériel de nettoyage et de désinfection immédiate du matériel et du personnel (soluté hydroalcoolique, lingettes désinfectantes à usage unique, flacon de détergent de surface)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Coupe-ceinture de sécurité	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Triangle ou lampe de présignalisation	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Extincteur (EN 3-7)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Communication</b>			
	<b>Quantité</b>		
Accès au réseau téléphonique public par émetteur-récepteur ou par radiotéléphone mobile	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Communication interne entre le chauffeur et la cellule sanitaire	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Transport de nouveau-nés et nourrissons</b>		
Si transport de nouveau-nés et nourrissons, dispositifs ci-dessous exigés		
Nacelle et filet de protection, couffin et siège auto homologué avec mode de fixation de sécurité conforme à la législation. La fixation est double et concerne tant l'enfant dans la nacelle que la nacelle au brancard.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Thermomètre normal et hypothermique (à gallium).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bonnet en jersey pour nouveau-né	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Couverture isolante en aluminium (taille nouveau-né et pédiatrique)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sac polyéthylène	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Aspirateur électrique autonome avec batteries et réglage de la dépression	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sondes pédiatriques d'aspiration de différents calibres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lunettes à oxygène pour nouveau-né et nourrisson	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insufflateur manuel pour nouveau-né et nourrisson (BAVU) avec masque et canules de différentes tailles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Attelles pédiatriques pour membres inférieurs et supérieurs.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matelas à dépression pédiatrique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**OBSERVATIONS :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Date :**

**Nom**

**et Signature :**

**Du représentant du SAMU (Département 56 exclusivement) :**

**Du représentant de l'entreprise :**

## ANNEXE

### Liste matériel pour le traitement des plaies

- 2 bandes élastiques type Velpeau : largeur 5 cm et largeur 10 cm
- 20 compresses de gaze stériles de taille environ 7,5 x 7,5 cm
- 2 pansements stériles absorbants (dit « Américain ») de taille environ 20 x 40 cm
- 2 rouleaux de ruban adhésif parapharmaceutique, largeur 2 cm
- Solution antiseptique bactéricide non iodée, en conditionnement de 20 dosettes de 5 ml (au minimum)
- 1 paire de ciseaux universels bouts mousse

### Liste matériel pour le traitement des brûlures thermiques et chimiques

- compresses hydrogel de 10 x 10 cm
- 1 compresse hydrogel 20 x 20 cm
- 1 flacon de 40 ml d'hydrogel
- 2 paires de gants stériles
- 1 couverture de survie stérile
- 1 paire de ciseaux Jesco

### Liste matériel pour segment de membre sectionné

- 1 sac de transport isotherme 25x32cm composé de 2 compartiments latéraux pour les pochettes de froid et d'1 compartiment central pour le segment sectionné
- 4 pochettes de refroidissement immédiat, à réaction chimique déclenchée par pression, à usage unique
- 10 compresses stériles 7,5 x 7,5 cm
- 1 pansement absorbant (dit « Américain ») 10x20cm
- 1 pansement compressif stérile
- 2 paires de gants latex non poudrés stériles

### Liste matériel d'accouchement d'urgence

- 2 champs stériles
- 1 paire de ciseaux inox stérile
- 2 clamps de Baar
- 5 compresses de gaze 20 x 5 cm
- 1 bonnet nouveau-né en jersey
- 2 paires de gants stériles
- 2 casaques de protection
- 2 masques chirurgicaux
- 1 canule NN (rose)
- 1 sonde d'aspiration NN
- 5 dosettes de sérum physiologique 5ml
- 1 drap iso-thermique pédiatrique
- 1 fiche de suivi type «Score de Malinas»
- 1 fiche de suivi type «Score d'Apgar»

## MENTIONS, PROTOCOLES ET CONFORMITE DES VEHICULES

<b>Mentions communes</b>		
Carrosserie extérieurement blanche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Genre du véhicule : véhicule automoteur spécialisé (VASP) et de carrosserie ambulance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Feux spéciaux à éclats conformes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositifs de signalisation complémentaire (éléments fluorescents ou rétro-réfléchissants) conformes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avertisseurs spéciaux conformes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Mentions apposées sur les véhicules de type B</b>		
<u>Insigne distinctif</u> : croix régulière à 6 branches.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Bleu	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Inamovible sur le capot et les portières avant (peut également figurer sur la partie arrière de la carrosserie).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<u>Identification du titulaire de l'agrément</u> :		
- Nom commercial ou dénomination de la personne physique ou morale titulaire de l'agrément	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Inscrit en caractères de couleur bleue sur la carrosserie ou en caractères blancs sur les vitrages	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Eventuellement l'adresse et le numéro de téléphone de l'entreprise de transports sanitaires du véhicule concerné en caractères à dominante bleue.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<u>Autres mentions</u> : celles-ci peuvent être apposées sous réserve qu'elles n'affectent pas par leurs dimensions ou leur nombre la dominante blanche de la carrosserie, la dominante bleue des mentions.		
-Type : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Nombre maxi de 3 appellations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Chaque appellation est mentionnée au plus une fois chacune sur chaque face du véhicule	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Pour les inscriptions, caractères de dimensions inférieures à celles pour l'identification du titulaire de l'agrément	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Pour les emblèmes, logogrammes, dimensions inférieures à celle de l'insigne distinctif.		

<b>Mentions apposées sur les véhicules de type C mis à disposition permanente des SMUR</b>		
<u>Insigne distinctif</u> : croix régulière à 6 branches	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Bleu	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Inamovible sur le capot et les portières avant (peut également figurer sur la partie arrière de la carrosserie)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Un caducée de couleur blanche sur la branche verticale de la croix apposée sur chaque côté du véhicule.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<p><u>Identification du SAMU et du SMUR :</u></p> <p><b>Figure sur ces véhicules :</b></p> <p>- <b>A l'avant du véhicule :</b> SAMU</p> <p>- <b>Sur chaque côté du véhicule :</b> SAMU, SMUR et la mention du CH de rattachement et/ou la ville d'implantation</p> <p>- <b>A l'arrière du véhicule :</b> SAMU (le cas échéant, les mentions SMUR et/ou le CH de rattachement et/ou la ville d'implantation).</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non
<p><u>Autres mentions :</u></p> <p>-Un logogramme 15 avec un téléphone symbolisé apposé sur chaque côté du véhicule (il peut figurer sur la partie arrière de la carrosserie).</p> <p>-Eventuellement l'emblème ou le logogramme du centre hospitalier de rattachement du SMUR sur chaque côté du véhicule (taille inférieure à celle de l'insigne distinctif)</p> <p><b>Aucune autre mention complémentaire ne peut être apposée.</b></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non

<b>Désinfection des véhicules – Procédures de nettoyage et de désinfection</b>		
Protocole mis en œuvre entre chaque transport	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Protocole hebdomadaire de nettoyage et de désinfection complète également mis en œuvre à la demande, avant le transport d'un patient fragile ou après le transport d'un patient signalé contagieux.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Document d'enregistrement (document enregistrant chronologiquement toutes les opérations de nettoyage et de désinfection est conservé dans l'entreprise pour être présenté aux contrôles des autorités compétentes, à la demande des prescripteurs ou des patients eux-mêmes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Certificat de conformité du véhicule par laboratoire agréé**

oui     non

**Check-list de contrôle SAMU (département 56) ou d'autocontrôle pour les ambulances Cat. C (départements 22, 29 et 35)**

**Grille de conformité des véhicules**  
**Ambulance de Catégorie C / Type A**  
*Arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres*

**Identification du véhicule**

- Nom de l'entreprise : .....

- Numéro d'immatriculation du véhicule contrôlé : .....

Ambulance de petit volume ne participant pas à l'aide médicale urgente

ARTICLE R.6312-8 du code de la santé publique	TYPES : NORME NF EN 1789
Catégorie A : ambulance de secours et de soins d'urgence A.S.S.U./Transport en position allongée d'un patient unique	<b>Type B</b> : ambulance de soins d'urgence conçue et équipée pour le transport, les premiers soins et la surveillance des patients
	<b>Type C</b> : ambulance de soins intensifs conçue et équipée pour le transport, les soins intensifs et la surveillance des patients
Catégorie C : ambulance/transport en position allongée d'un patient unique	<b>Type A</b> : ambulance conçue et équipée pour le transport sanitaire de patients dont l'état de santé ne laisse pas présager qu'ils puissent devenir des patients en détresse
Catégorie D : véhicule sanitaire léger/transport de 3 patients au maximum en position assise	

NB : Seuls les équipements obligatoires sont mentionnés dans la présente grille

Equipements de relevage et de brancardage du patient			
	Quantité		
Brancard principal / support brancard (EN 1865)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositif de transport du patient en position assise (chaise portoir) (EN 1865)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Equipements d'immobilisation			
	Quantité		
Lot pour les fractures :	1		
2 attelles membres supérieurs	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2 attelles membres inférieurs	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lot de colliers cervicaux (immobilisation du rachis cervical) :	1		
Collier cervical enfant multi-tailles	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Collier cervical adulte multi-tailles	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Equipements de ventilation / respiration			
	Quantité		
Oxygène portable : capacité minimum 2 000 l, dont au moins une bouteille de 400 l, conditions normales de température et de pression, détendeur, débit-litre avec robinet permettant un débit d'eau d'au moins 15 l / min, (raccord rapide optionnel) (EN 737-1 / 1998)	2 000 l	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Insufflateurs manuels avec masques et canules pour tous les âges :			
Insufflateur manuel adulte avec 2 tailles de masques	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insufflateur manuel enfant avec 2 tailles de masques	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Canules de 5 tailles différentes	5	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masque à haut concentration adulte	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masque à haute concentration enfant	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lunettes à oxygène adultes	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lunettes à oxygène enfant	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Embout de ventilation bouche à masque avec entrée oxygène	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositif portable, manuel, d'aspiration de mucosités (EN ISO 10079-2 : 1999)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Equipements de diagnostic			
	Quantité		
Appareil à tension manuel, taille de serrage 10 cm-66 cm	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Médicaments			
	Quantité		
Support soluté	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Bandages et matériels d'hygiène</b>			
	<b>Quantité</b>		
Matériels de couchage	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Couverture bactériostatique	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matériel pour le traitement des plaies ( <i>voir composition en annexe</i> )	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Haricot	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sac vomitoire	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bassin	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Urinal (pas en verre)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Paires de gants chirurgicaux stériles (EN 455-1,-2)	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Gants non stériles à usage unique (EN 455-1,-2)	100	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matériel d'accouchement d'urgence ( <i>voir composition en annexe</i> )	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sacs poubelle	5	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Drap à usage unique pour brancard	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Equipements de protection individuelle (par membre d'équipage)</b>			
	<b>Quantité</b>		
Matériel de protection contre l'infection (chassable à usage unique, lunettes)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masques de protection respiratoire de type FFP2 à usage unique	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Matériel de protection et de sauvetage</b>			
	<b>Quantité</b>		
Matériel de nettoyage et de désinfection immédiate du matériel et du personnel (soluté hydroalcoolique, lingettes désinfectantes à usage unique, flacon de détergent de surface)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Coupe-ceinture de sécurité	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Triangle ou lampe de présignalisation	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Extincteur (EN 3-7)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Communication</b>			
	<b>Quantité</b>		
Accès au réseau téléphonique public par émetteur-récepteur ou par radiotéléphone mobile	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Communication interne entre le chauffeur et la cellule sanitaire	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Transport de nouveau-nés et nourrissons</b>		
Si transport de nouveau-nés et nourrissons, dispositifs ci-dessous exigés		
Nacelle et filet de protection, couffin et siège auto homologué avec mode de fixation de sécurité conforme à la législation. La fixation est double et concerne tant l'enfant dans la nacelle que la nacelle au brancard.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Thermomètre normal et hypothermique (à gallium).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bonnet en jersey pour nouveau-né	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Couverture isolante en aluminium (taille nouveau-né et pédiatrique)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sac polyéthylène	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Aspirateur électrique autonome avec batteries et réglage de la dépression	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sondes pédiatriques d'aspiration de différents calibres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lunettes à oxygène pour nouveau-né et nourrisson	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insufflateur manuel pour nouveau-né et nourrisson (BAVU) avec masque et canules de différentes tailles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Atelles pédiatriques pour membres inférieurs et supérieurs.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Matelas à dépression pédiatrique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**OBSERVATIONS :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Date :**

**Nom** **Du représentant du SAMU (Département 56 exclusivement) :**

**et Signature :**

**Du représentant de l'entreprise :**

## ANNEXE

### Liste matériel pour le traitement des plaies

- 2 bandes élastiques type Velpeau : largeur 5 cm et longueur 10 cm
- 20 compresses de gaze stériles de taille environ 7,5 × 7,5 cm
- 2 pansements stériles absorbants (dit « Américain ») de taille environ 20 × 40 cm
- 2 rouleaux de ruban adhésif parapharmaceutique, largeur 2 cm
- Solution antiseptique bactéricide non iodée, en conditionnement de 20 dosettes de 5 ml (au minimum)
- 1 paire de ciseaux universels bouts mousse

### Liste matériel d'accouchement d'urgence

- 2 champs stériles
- 1 paire de ciseaux inox stérile
- 2 clamps de Baar
- 5 compresses de gaze 20 x 5 cm
- 1 bonnet nouveau-né en jersey
- 2 paires de gants stériles
- 2 casaques de protection
- 2 masques chirurgicaux
- 1 canule NN (rose)
- 1 sonde d'aspiration NN
- 5 dosettes de sérum physiologique 5ml
- 1 drap iso-thermique pédiatrique
- 1 fiche de suivi type «Score de Malinas»
- 1 fiche de suivi type «Score d'Apgar»

## MENTIONS, PROTOCOLES ET CONFORMITE DES VEHICULES

<b>Mentions communes</b>		
Carrosserie extérieurement blanche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Genre du véhicule : véhicule automoteur spécialisé (VASP) et de carrosserie ambulance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Feux spéciaux à éclats conformes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dispositifs de signalisation complémentaire (éléments fluorescents ou rétro-réfléchissants) conformes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avertisseurs spéciaux conformes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Mentions apposées sur les véhicules de type A</b>		
<u>Insigne distinctif</u> : croix régulière à 6 branches.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Bleu	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Inamovible sur le capot et les portières avant (peut également figurer sur la partie arrière de la carrosserie).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<u>Identification du titulaire de l'agrément</u> :		
- Nom commercial ou dénomination de la personne physique ou morale titulaire de l'agrément	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Inscrit en caractères de couleur bleue sur la carrosserie ou en caractères blancs sur les vitrages	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Eventuellement l'adresse et le numéro de téléphone de l'entreprise de transports sanitaires du véhicule concerné en caractères à dominante bleue.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<u>Autres mentions</u> : celles-ci peuvent être apposées sous réserve qu'elles n'affectent pas par leurs dimensions ou leur nombre la dominante blanche de la carrosserie, la dominante bleue des mentions.		
-Type : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Nombre maxi de 3 appellations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Chaque appellation est mentionnée au plus une fois chacune sur chaque face du véhicule	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Pour les inscriptions, caractères de dimensions inférieures à celles pour l'identification du titulaire de l'agrément	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Pour les emblèmes, logogrammes, dimensions inférieures à celle de l'insigne distinctif.		

<b>Désinfection des véhicules – Procédures de nettoyage et de désinfection</b>		
Protocole mis en œuvre entre chaque transport	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Protocole hebdomadaire de nettoyage et de désinfection complète également mis en œuvre à la demande, avant le transport d'un patient fragile ou après le transport d'un patient signalé contagieux.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Document d'enregistrement (document enregistrant chronologiquement toutes les opérations de nettoyage et de désinfection est conservé dans l'entreprise pour être présenté aux contrôles des autorités compétentes, à la demande des prescripteurs ou des patients eux-mêmes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Certificat de conformité du véhicule par laboratoire agréé**

oui     non

## Fiche 9 : Fiche du dossier d'autorisation de mise en service de véhicules

### Check-list d'autocontrôle pour les VSL

**Grille de conformité  
des véhicules de catégorie D (VSL)**  
*Arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres*

#### Identification du véhicule

- Entreprise : Nom : .....

Adresse : .....

- Véhicule : Marque et type : .....

Numéro d'immatriculation : .....

Véhicule remplacé : .....

Adresse d'implantation : .....

Mentions apposées		
<u>Insigne distinctif</u> : croix régulière à 6 branches (hauteur 40 à 50 cm). - Bleu - Inamovible sur le capot et les portières avant (peut également figurer sur la partie arrière de la carrosserie).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non
<u>Identification du titulaire de l'agrément</u> : - Nom commercial ou dénomination de la personne physique ou morale titulaire de l'agrément - Inscrit en caractères de couleur bleue sur la carrosserie ou en caractères blancs sur les vitrages (hauteur maxi : 15 cm) - Eventuellement l'adresse et le numéro de téléphone de l'entreprise de transports sanitaires du véhicule concerné en caractères à dominante bleue.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non
<u>Autres mentions</u> : celles-ci peuvent être apposées sous réserve qu'elles n'affectent pas par leurs dimensions ou leur nombre la dominante blanche de la carrosserie, la dominante bleue des mentions. -Type : .....  -Nombre maxi de 3 -Chaque appellation est mentionnée au plus une fois chacune sur chaque face du véhicule -Pour les inscriptions, caractères de dimensions inférieures à celles pour l'identification du titulaire de l'agrément -Pour les emblèmes, logogrammes, dimensions inférieures à celle de l'insigne distinctif.	<input type="checkbox"/> oui   <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non   <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non

<b>Désinfection des véhicules – Procédures de nettoyage et de désinfection</b>		
Protocole mis en œuvre entre chaque transport	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Protocole hebdomadaire de nettoyage et de désinfection complète également mis en œuvre à la demande, avant le transport d'un patient fragile ou après le transport d'un patient signalé contagieux.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Document d'enregistrement (document enregistrant chronologiquement toutes les opérations de nettoyage et de désinfection, conservé dans l'entreprise pour être présenté aux contrôles des autorités compétentes, à la demande des prescripteurs ou des patients eux-mêmes).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Conditions minimales exigées pour les VSL</b>		
Carrosserie extérieurement blanche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Catégorie internationale M1 limité à un poids total autorisé en charge de 3,5 tonnes fixé par le constructeur et/ou le carrossier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Carrosserie répond aux classifications européennes : AA : berline AB : voiture à hayon arrière AC : break (familiale) AF : véhicule à usage multiple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Carrosserie doit permettre un accès direct aux sièges passagers	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Nécessaire de secourisme d'urgence pour les VSL : Pansements et protections</b>			
	<b>Quantité</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bande élastique type Velpeau : largeur 5 cm (x1) ; largeur 10 cm (x1)	1 de chaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Compresse de gaze stérile de taille environ 7,5 x 7,5 cm	20	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pansement stérile absorbant (dit américain) de taille environ 20 x 40 cm	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rouleau de ruban adhésif parapharmaceutique, largeur 2 cm	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Paire de gants de soins non stériles : petits, moyens, grands	5 de chaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Paire de gants stériles usage unique de taille moyenne	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Solution antiseptique bactéricide non iodée, en conditionnement d'origine	100 ml en conditionnement de 20 dosettes de 5 ml	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Clamp de Barr stérile usage unique	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Couverture isotherme	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Solution hydro-alcoolique pour lavage des mains, en conditionnement d'origine	100 à 200 ml	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Nécessaire de secourisme d'urgence pour les VSL :			
Divers			
	Quantité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Paire de ciseaux universels bouts mousse	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Canule oropharyngée : petite, moyenne et grande taille	1 de chaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lampe électrique à pile	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sucre en morceaux	5 au minimum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sacs poubelle 10 litres	10 au minimum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masque de poche pour insufflation à usage unique	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sac vomitif type vomix	5	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masque de type chirurgical à usage unique	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masque de type FFP2 à usage unique	2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Complétude du nécessaire de secourisme d'urgence**

oui  non

Le nécessaire de secourisme d'urgence est rassemblé dans un <b>contenant unique, portable, réservé à cet usage, et protégeant des projections et de la poussière.</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
---	------------------------------	------------------------------

Le nécessaire de secourisme d'urgence est maintenu <b>en état d'usage et de propreté sous la responsabilité du titulaire de l'agrément qui assure le remplacement des produits et les matériels périmés, hors d'usage, ou dont la stérilité n'est plus garantie.</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------