



**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 égal 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 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles 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

Myriam MONCHOIX : 02 96 78 02 57

Anne CHARLES : 02.96.78.86.53

✉ **Adresse** : 34 rue de Paris - BP 2152  
22021 SAINT BRIEUC CEDEX  
[myriam.monchoix@ars.sante.fr](mailto:myriam.monchoix@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 :**

Laurence GRIVEL : 02.97.62.77.81

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,
- Original 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.

**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,
  - Original 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,
  - Original 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,
  - Original 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, en collaboration avec les SAMU, doit pratiquer un contrôle des véhicules avant la délivrance de l'autorisation.

**Ce contrôle est réalisé :**

↳ **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 8bis 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 : Fiche 7*). Les transporteurs devront ainsi solliciter un contrôle de conformité auprès du SAMU/SMUR de leur département.

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

---

**Après avis favorable à l'issue du contrôle** 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 n°7 : Grilles de conformité des véhicules de catégorie A et C → à compléter par le SAMU :**

**Annexe 3 : Fiche 8 et 8 bis : Grilles d'autocontrôle pour les entreprises**

- ☞ Fiche 8 : Véhicule de catégorie A et C
- ☞ Fiche 8 bis : 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 : \_\_\_\_\_

Pour les VSL nécessaire d'urgence conforme :  
 OUI     NON

**JOINDRE IMPERATIVEMENT**

- Copie recto verso du certificat d'immatriculation,
- Copie du dernier contrôle technique,
- Copie du certificat de conformité pour les véhicules neufs,
- Original 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 ou le SMUR
- Preuve de la cession ou de la destruction du véhicule remplacé
- Photos des 4 faces du véhicule : (immatriculation visible)

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)

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 10 février 2009 modifié fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles 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



**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

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 10 février 2009 modifié fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles 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

A compléter par le SAMU

**Grille de conformité des véhicules**

**Ambulances de catégorie A**

**Ambulances de catégorie C**

*Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées 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)
  - Ambulances de catégorie C (Type A participant à l'AMU)

**Equipements de relevage et de brancardage du patient**

	Quantité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
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

**Equipements d'immobilisation**

	Quantité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
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

Equipements de ventilation / respiration			
	Quantité		
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 mucoosités (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

<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
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.	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
Container incinérable pour déchets médicaux			
Container à aiguilles usagées			
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>		
Matériel de protection contre l'infection (chassable à usage unique, lunettes)	1	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Masques 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Date :</b>	
<b>Noms et Signatures :</b>	<p style="text-align: center;"><b>Du représentant du SAMU :</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>Du représentant de l'entreprise :</b></p>

## 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»

## 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 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»

**Check-list d'autocontrôle pour les ambulances**

**Grille de conformité des véhicules :**  
**Ambulances de catégorie A**  
**Ambulances de catégorie C**  
*Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées aux transports sanitaires terrestres*

Pour information : Annexe 1 de l'arrêté du 10 février 2009 : tableau de correspondance.

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**

**Identification du véhicule**

- Entreprise : Nom : .....

Adresse : .....

- Véhicule : Marque et type : .....

Numéro d'immatriculation : .....

Véhicule remplacé : .....

Adresse d'implantation : .....



Mentions communes		
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

Mentions apposées sur les véhicules de type B		
<b>Insigne distinctif</b> : 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
<b>Identification du titulaire de l'agrément</b> :		
- 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
<b>Autres mentions</b> : 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.		

Mentions apposées sur les véhicules de type C mis à disposition permanente des SMUR		
<b>Insigne distinctif</b> : 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
<b>Identification du SAMU et du SMUR</b> :		
<b>Figure sur ces véhicules</b> :		
- <b>A l'avant du véhicule</b> : SAMU	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- <b>Sur chaque côté du véhicule</b> : SAMU, SMUR et la mention du CH de rattachement et/ou la ville d'implantation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- <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).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<u>Autres mentions :</u> -Un logogramme 15 avec un téléphone symbolisé apposé sur chaque côté du véhicule (il peut figurer sur la partie arrière de la carrosserie). -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) <b>Aucune autre mention complémentaire ne peut être apposée.</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Désinfection des véhicules – Procédures de nettoyage et de désinfection		
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 8 bis : 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 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées 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.	<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> :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- 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> :		
-Type : .....		
-Nombre maxi de 3	<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.	<input type="checkbox"/> oui	<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

<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	<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
--	------------------------------	------------------------------