



Champs obligatoires*

Nom de la manifestation*	
Type de manifestation*	
Catégorie selon chablon du SMC	
Date, horaires et lieu de la manifestation*	
Lien internet	
Nom de l'organisateur*	Signature de l'organisateur*:
Prénom*	
Numéro de téléphone (fixe et portable)*	
E-mail du requérant*	

1. Responsable médico-sanitaire sur place

Responsable sécurité sur place

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Qualification sanitaire selon chablon		Profession*	

Important : Ces personnes doivent être joignables en permanence durant toute la durée de la manifestation

2. Description de la manifestation*

<input type="checkbox"/> Manifestation de type : <input type="checkbox"/> Cortège, carnaval <input type="checkbox"/> Fête de quartier, fête populaire <input type="checkbox"/> Manifestation politique <input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Spectacle/concert : <input type="checkbox"/> Show, spectacle, théâtre <input type="checkbox"/> Concert, programme musical <input type="checkbox"/> Festival <input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Manifestation sportive <input type="checkbox"/> Sport mécanique <input type="checkbox"/> Sport équestre <input type="checkbox"/> Course cycliste <input type="checkbox"/> Course pédestre <input type="checkbox"/> Sport de combat <input type="checkbox"/> Meeting aérien <input type="checkbox"/> autre sport (préciser ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Autre :		



Lieu de la manifestation

Type de lieu*		<input type="checkbox"/> intérieur <input type="checkbox"/> extérieur
Adresse*		
Superficie*		Capacité maximale*
Poste(s) de ravitaillement*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non = si Oui préciser les emplacement(s) sur le plan	
Météo particulière attendue	Grand froid <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Canicule <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Spectateurs

Nombre de personnes attendues au pic d'affluence*			
Risque de violence* <i>Se rapporter aux dernières éditions de la manifestation</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Personnes âgées et enfants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Influence possible de substances psychoactives (alcool/stupéfiants)*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Présence de personnalités*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom(s) / Prénom(s) :	- -

Participants actifs

Nombre de participants*			
Risques*	Grandes sollicitations sur le plan physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Activités présentant un risque d'accident	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Autre-s risque-s :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / si oui, préciser:	



3. Service médico-sanitaire

But

Le dispositif médico-sanitaire doit permettre d'assurer les soins urgents et de premiers recours, incluant si nécessaire une zone de dégrèvement durant la manifestation.

Le service médico-sanitaire fait appel à la centrale Urgences Santé 144 pour tous les cas graves.

Le service médico-sanitaire doit notamment être capable d'assurer de manière autonome les 15 premières minutes de prise en charge de patients selon les concepts en vigueur de l'Inter association de sauvetage <http://www.ivr-ias.ch/documents.html>

Préciser les prestations complémentaires assurées par le service médico-sanitaire*

(par exemple : consultation médicale possible, soins donnés possibles, limites du service sanitaire)

Capacité de prise en charge simultanée*

Nombre de cas* :

Zone de dégrèvement*

oui non

Si OUI nombre de place-s*

Responsable de la validation du concept médico-sanitaire (cf. chablon pour le niveau minimal requis)

Nom*		
Prénom*		Signature*:
Qualification selon le chablon du SMC*		
Date*		



Personnel et installations médico-sanitaires

Poste(s) sanitaire(s)* <i>Veillez noter les coordonnées des postes de premiers secours à l'annexe 1</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
Secouriste(s) sur place* <i>Veillez indiquer le nombre de secouristes présents</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Niveau 1 IAS ou formation équivalente	Nombre :
		Niveau 2 IAS ou formation équivalente	Nombre :
		Niveau 3 IAS ou formation équivalente	Nombre :
		Autre formation-s (préciser) :	Nombre :
	Société(s)		
Médecin(s) sur place* <i>Veillez noter leurs coordonnées à l'annexe 2</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
Infirmiers ou Physiothérapeutes* <i>Veillez noter leurs coordonnées à l'annexe 3</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
Ambulance(s) et équipage(s) sur place* <i>Veillez noter les références des ambulances à l'annexe 4</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
Plan légendé*	Ajouter en annexe avec l'emplacement des postes de secours et l'accès des véhicules d'urgence (voies d'arrivée et de départ) 		
PC Manifestation <i>(poste de coordination ou de commandement sur site)*</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, veuillez donner des précisions (localisation, responsable de poste, horaires, autre) :	

Ce document est à renvoyer au service du médecin cantonal à l'adresse électronique suivante : manifestations-asu@etat.ge.ch

Par souci de simplification, seul le masculin est utilisé