



## Concept Médico-Sanitaire (CMS)

\* Les champs comportant un astérisque doivent être renseignés.

Nom de la manifestation*		
Type de manifestation*		
Date-s et horaires*		<input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> extérieur
Adresse de la manifestation		

### Requérant organisateur ou requérante organisatrice:

Nom*		
Prénom*		Date et signature*:
E-mail du requérant ou de la requérante		
N° de téléphone		

### Responsable du concept médico-sanitaire (analyse de risques et validation des mesures proposées).

Nom*		
Prénom*		Date et signature*:
E-mail du ou de la responsable du CMS		
Compétences*		

cf. "guide des mesures minimales requises" pour les compétences minimales du responsable.

### 1. Typologie de la manifestation\*

<input type="checkbox"/> Conférence <input type="checkbox"/> Séminaire <input type="checkbox"/> Concert (spectateurs assis)	<input type="checkbox"/> Concert (spectateurs assis ou mixte) <input type="checkbox"/> Fête <input type="checkbox"/> Exposition <input type="checkbox"/> Salon	<input type="checkbox"/> Evènement sportif <input type="checkbox"/> Sport de combat <input type="checkbox"/> Sport équestre <input type="checkbox"/> Cyclisme <input type="checkbox"/> Sport motorisé <input type="checkbox"/> Hockey <input type="checkbox"/> Football <input type="checkbox"/> Marathon / Triathlon <input type="checkbox"/> autre sport (préciser ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Autre :		



## 2. Spectateurs et participants

### Spectateurs

Nombre de personnes attendues <u>au pic d'affluence*</u>			
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
Risque de consommations problématiques de substances psychoactives (alcool/stupéfiants/autre)*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

### 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
	Hooliganisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Autre-s risque-s – préciser:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## 3. Service médico-sanitaire

### But

Le dispositif médico-sanitaire doit permettre d'assurer la prise en charge des situations de premiers secours inhérentes à la typologie et aux conditions de la manifestation. Ce dispositif doit être en mesure d'évaluer et de prendre en charge les personnes blessées ou malades (avec, si nécessaire, une zone de dégrisement) jusqu'à leur rétablissement ou jusqu'à l'arrivée de l'aide professionnelle si celle-ci est requise.

Ainsi, le service médico-sanitaire doit notamment être capable d'assurer de manière autonome les 15 premières minutes de prise en charge de patients ou patientes selon les concepts en vigueur de l'Interassociation de sauvetage (IAS) [www.ivr-ias.ch/fr/](http://www.ivr-ias.ch/fr/)

Le service médico-sanitaire appelle le 144 pour tous les cas graves.

**Le cas échéant, préciser:**

- les risques particuliers considérés
- l'organisation du dispositif
- les prestations assurées par le service médico-sanitaire autres que celles décrites dans le "but"
- les éléments qui justifient que le CMS diffère des mesures minimales requises, si tel est le cas.

Capacité de prises en charge simultanées*	Nombre de cas* :	Zone de dégrisement* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Si oui, nombre de place-s*</b>
---	------------------	---	-----------------------------------



## POSTE(S) SANITAIRE(S)

<b>Un ou des postes sanitaires sont prévus?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>Si oui, préciser ci-dessous</i>
---	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

<b>Poste sanitaire principal (PSP)</b>			
Emplacement*			
Horaires d'ouverture*			
Nom du responsable*		N° de téléphone du responsable sur site*	
Planification des effectifs*	planning à joindre en cas d'effectif variable sur la durée de la manifestation		
Défibrillateur*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

<b>1<sup>er</sup> poste sanitaire secondaire (PSS 1)</b>			
Emplacement*			
Horaires d'ouverture*			
Nom du responsable*		N° de téléphone du responsable sur site*	
Planification des effectifs*	planning à joindre en cas d'effectif variable sur la durée de la manifestation		
Défibrillateur*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

<b>2<sup>e</sup> poste sanitaire secondaire (PSS 2)</b>			
Emplacement*			
Horaires d'ouverture*			
Nom du responsable*		N° de téléphone du responsable sur site*	
Planification des effectifs *	planning à joindre en cas d'effectif variable sur la durée de la manifestation		
Défibrillateur*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	




## PRESTATAIRES (Cf. Guide des mesures minimales requises)

<b>Secouriste(s) sur place*</b> <i>Veillez indiquer le nombre de secouristes présents ou présentes pour chaque niveau tels que définis par l'Inter Association de Sauvetage (IAS)</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 (préciser) :	Nombre :
Société(s), le cas échéant			
<b>Médecin(s) sur place*</b> <i>Si oui, compléter la page 5</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
<b>Infirmier(s) ou infirmière(s)</b> <i>Si oui, compléter la page 5</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
<b>Physiothérapeute(s)*</b> <i>Si oui, compléter la page 5</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
<b>Ambulance(s) et équipage(s) sur place*</b> <i>Si oui, compléter la page 6</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
<b>Ambulancier(s) ou ambulancière(s) (hors équipage d'ambulances)</b> <i>Si oui, compléter la page 6</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre	
<b>PC Manifestation sur site</b> <i>(poste de coordination ou de commandement)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Si oui, veuillez donner des précisions (localisation, responsable de poste (nom et numéro de téléphone), horaires, autre-s) :</b>	



**NB:** à partir de 2 postes sanitaires et/ou si une ou des ambulances et/ou si un PC manifestation sont prévus, merci de transmettre également un plan comportant:

- le nom de l'évènement;
- la ou les dates concernées;
- une légende indiquant l'emplacement du ou des ambulances et des postes sanitaires (identifiés avec le seul logo accepté - "croix blanche sur fond vert"  );
- un fléchage d'accès (sens d'arrivée et de départ) pour les véhicules de secours, incluant le nom des rues concernées;
- toute information complémentaire utile afin de garantir l'accès rapide et sûr des véhicules de secours.

## PROFESSIONNELS ET PROFESSIONNELLES DE LA SANTE

(médecins, infirmiers et infirmières, physiothérapeutes)

**Les professionnels et professionnelles de la santé annoncés doivent être autorisés selon le cadre légal en vigueur.**

**La pratique de soins médicaux prescrits doit également respecter le cadre légal en vigueur.**

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone sur site*		Téléphone sur site*	
Diplôme*		Diplôme*	
Date de naissance*		Date de naissance*	

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone sur site*		Téléphone sur site*	
Diplôme*		Diplôme*	
Date de naissance*		Date de naissance*	

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone sur site*		Téléphone sur site*	
Diplôme*		Diplôme*	
Date de naissance*		Date de naissance*	



## AMBULANCES D'URGENCE ET LEURS EQUIPAGES

### Ambulance 1 (emplacement à reporter sur un plan à annexer)

Service d'ambulances*		Signature* <u>manuscrite</u> du médecin responsable du service:
Numéro cantonal de l'unité*		
Equipage Ambulanciers ES et/ou ambulancières ES	Nom, prénom*:	Nom, prénom*:
	Date de naissance*:	Date de naissance*:
	Numéro de téléphone sur site*:	Numéro de téléphone sur site*:

### Ambulance 2 (emplacement à reporter sur un plan à annexer)

Service d'ambulances*		Signature* <u>manuscrite</u> du médecin responsable du service :
Numéro cantonal de l'unité*		
Equipage Ambulanciers ES et/ou ambulancières ES	Nom, prénom*:	Nom, prénom*:
	Date de naissance*:	Date de naissance*:
	Numéro de téléphone sur site*:	Numéro de téléphone sur site*:

## AMBULANCIERS ET AMBULANCIERES-ES (hors équipage d'ambulance)

Service d'ambulances*	Signature* <u>manuscrite</u> du médecin responsable du service autorisant la pratique des actes médico-délégués selon les protocoles validés:	Signature* <u>manuscrite</u> de l'ambulancier responsable d'exploitation autorisant l'utilisation des matériels et médicaments de l'entreprise:
Nom, prénom*:		
Date de naissance*:		
N° de téléphone sur site*:		
Service d'ambulances*	Signature* <u>manuscrite</u> du médecin responsable du service autorisant la pratique des actes médico-délégués selon les protocoles validés:	Signature* <u>manuscrite</u> de l'ambulancier responsable d'exploitation autorisant l'utilisation des matériels et médicaments de l'entreprise:
Nom, prénom*:		
Date de naissance*:		
N° de téléphone sur site*:		