



**DECLARATION MARITIME DE SANTE**

*A remplir par les capitaines des navires en provenance de ports étrangers et à envoyer impérativement aux autorités compétentes 48 heures avant l'arrivée du navire par fax au .....*

Présentée au port de ..... Date .....

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure ..... Numéro d'immatriculation/OMI.....

en provenance de ..... à destination de .....

(Nationalité) (Pavillon du navire) ..... Nom du capitaine .....

Jauge brute (navire).....

Jauge (bateau de navigation intérieure) .....

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

Délivré à ..... Date .....

Nouvelle inspection requise ? oui ..... non .....

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

Nom du port et date de la visite .....

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

.....

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

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

Effectif de l'équipage .....

Nombre de passagers à bord .....

**Questions de santé**

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

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

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

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

Signé.....  
Capitaine

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

Date.....



**PIECE JOINTE A LA DECLARATION MARITIME DE SANTE**

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

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