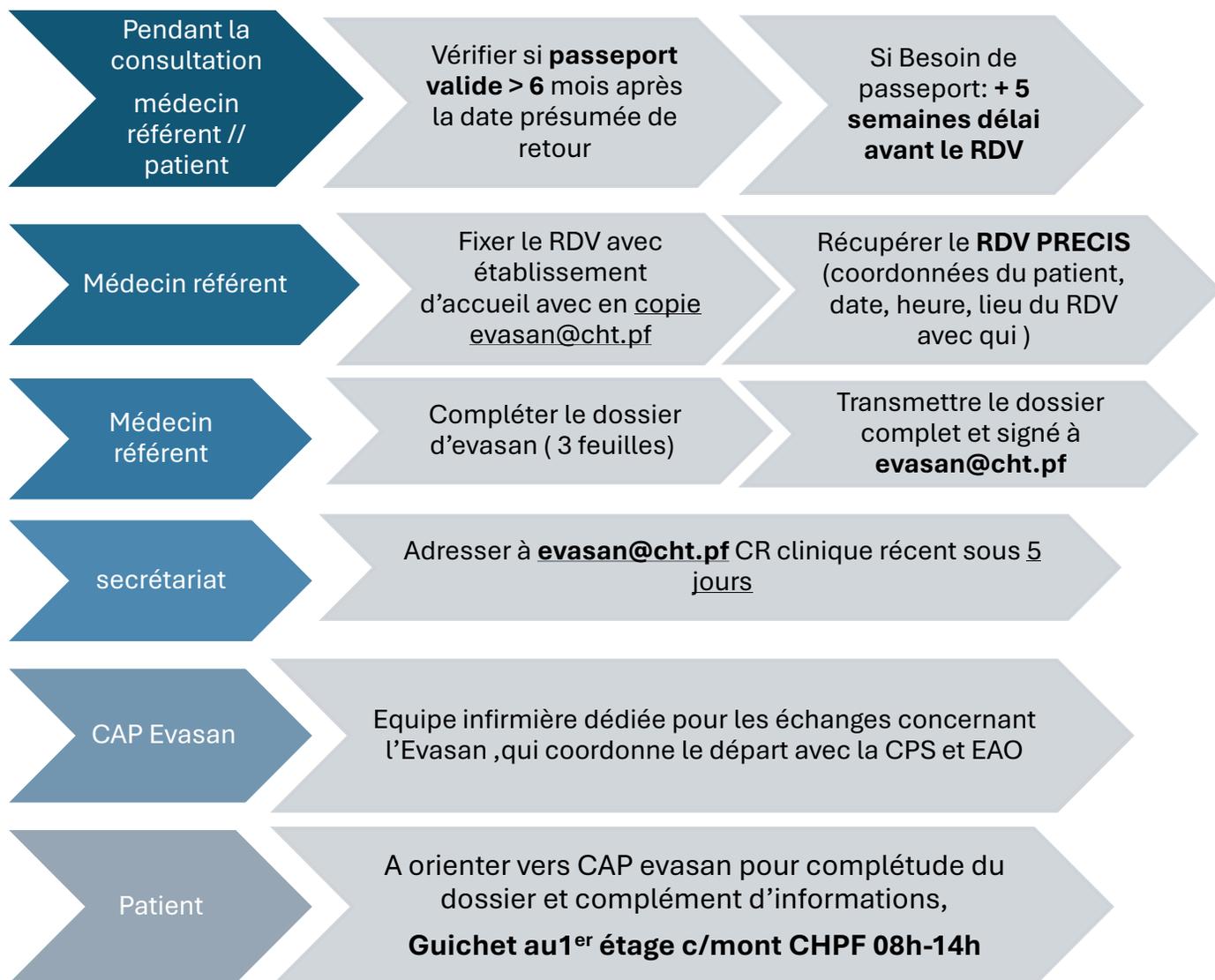


EVASAN programmée patients d'Onco-Hématologie en France

Patient informé de la demande d'evasan et accepte le début de la procédure.



Livret d'information CPS que vous pouvez remettre au patient
cliquez [ICI](#)



Si le patient relève d'une autre sécurité sociale (CPAM, ENIM etc.) la prise en charge est différente



NB: Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, CAP evasan assure l'accompagnement du patient de l'initiation de la demande par le médecin jusqu'à la reprise en charge médicale à son retour.



CAISSE DE
PREVOYANCE SOCIALE
B.P. 1 – PAPEETE - TAHITI
N° TAHITI 183707
www.cps.pf

DEMANDE D'EVACUATION SANITAIRE INTERNATIONALE

France

Nouvelle-Zélande

Service EVASAN

☎ (689) 41 68 50/ 41 68 52

fax : (689) 41 68 51

e-mail : evasan-inter@cps.pf

A remplir par le médecin prescripteur et à faire parvenir
au Service des EVASAN de la C.P.S. en deux exemplaires
dès que la demande d'admission dans un hôpital receveur a été effectuée

Identification du médecin prescripteur

Identification Etablissement receveur

Nom :

Ville :

Professeur / Docteur :

Service :

Date admission proposée :

Date admission enregistrée :

Identification du patient

DN :

--	--	--	--	--	--	--

NOM : Epouse :

Prénom : Né (e) le : Poids :

Adresse :

Tel. Dom : Bur : Portable :

Personnes (famille, entourage) à contacter en cas d'urgence (NOM – Prénom – Adresse – Téléphone)

Situation actuelle du patient hospitalisée externe

L'évacuation sanitaire est urgente peut être différée jusqu'au

Conditions de transport du patient

1) disposition à l'accueil (départ, escale, arrivée)

fauteuil roulant : non oui
besoin de l'élèveur : oui non

V.S.L
 Ambulance
 Ambulance médicalisée

2) dispositions particulières à bord de l'avion

a) siège

Assis
 Sur civière
 Semi-allongé

b) Repas spécial

mixé
 sans sel
 diabétique
 dialysé
 autres :

c) Equipement médical

Oxygène :
 2 litres/mn continu
 4 litres/mn discontinu

Couveuse

Demande d'accompagnateur: NON
Si OUI : médecin
 infirmier
 famille agréée

Cadre réservé au Médecin-Conseil de la CPS ou à EUROP Assistance en cas d'urgence

ACCORD
 REFUS

Date :
Visa et cachet du médecin prescripteur:

Date et Visa :



CERTIFICAT MEDICAL

Service Médical

☎ (689) 41 68 20 / 41 68 21
fax : (689) 45 01 34 – 54 58 67

Adresser au Médecin-Conseil de la CPS sous pli confidentiel
(enveloppe jointe) avec l'imprimé de demande d'évacuation sanitaire rempli

Remarque préliminaire : Toute demande d'évacuation sanitaire internationale doit être accompagnée **d'un protocole de soins et de traitement explicite.**

Identification du patient

DN :

--	--	--	--	--	--	--	--

NOM : Epouse :

Prénom : Né (e) le :

1- Pathologie :

Code CIM10 :

2- Raisons de la non faisabilité des soins programmés :

3- Objectifs attendus de l'évacuation sanitaire demandée

4- Motivation médicale de la destination envisagée

5- Motivation médicale de l'accompagnement sanitaire proposé

6- Motivation de l'accompagnement familial agréé

Identification du médecin prescripteur

Date: Le médecin :