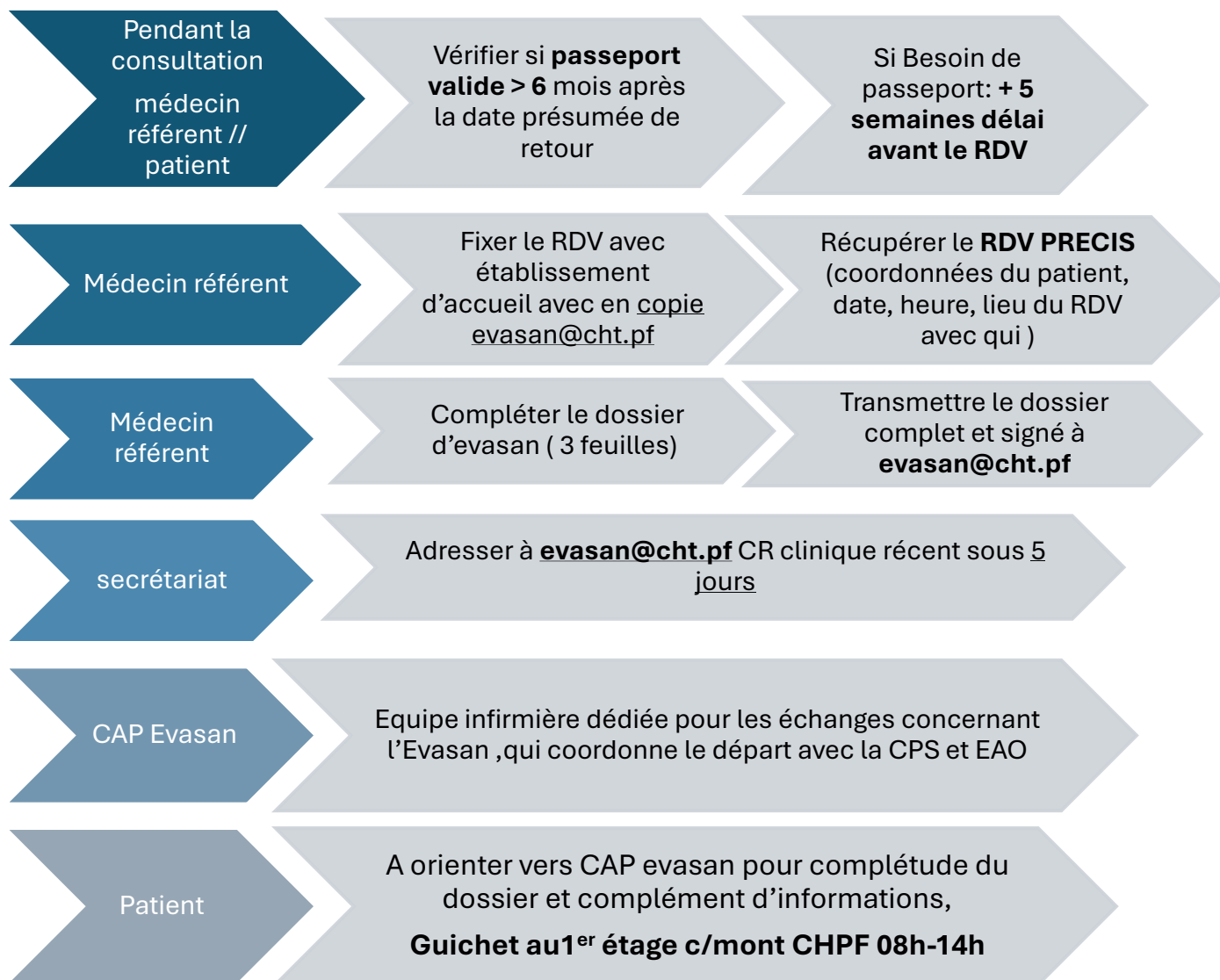


## EVASAN programmée patients d'Onco-Hématologie en France

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.



# CONFIRMATION D'ADMISSION

France

Nouvelle-Zélande

Service EVASAN  
☎ (689) 41 68 50/ 41 68 52  
fax : (689) 41 68 51  
e-mail : evasan-inter@cps.pf

Document à remplir par le médecin prescripteur  
à destination du médecin receveur accompagné du certificat médical

Identification du médecin prescripteur	Identification Etablissement receveur								
	Nom : .....								
	Ville : .....								
	Professeur / Docteur: .....								
	Service : .....								
	Téléphone : .....								
	Télécopieur : .....								
Identification du patient									
DN : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
NOM : .....									
Prénom : .....									
Né (e) le : .....	Poids : .....								

### Information:

Nous attirons votre attention sur **la date de rendez-vous** qui doit tenir compte  
**de la date d'arrivée** du patient:

Destination	Compagnie aérienne	Jours d'arrivée	Heure d'arrivée
<b>En Métropole (PARIS)</b>	AIR TAHITI NUI	Lundi, Mardi, Jeudi, Samedi, Dimanche	8h 25
	AIR FRANCE	Mardi, Vendredi, Dimanche	17h 15
<b>En Nouvelle-Zélande (AUCKLAND)</b>	AIR NEW ZEALAND	Lundi	11h 15
		Mardi	9h 45
		Vendredi	9h 45
		Samedi	5h 15
		Dimanche	8h 00
		AIR TAHITI NUI	Vendredi
	Dimanche	12h 10	

**Nous vous remercions de bien vouloir confirmer l'admission du patient dans votre service,  
par fax au médecin prescripteur, le plus rapidement possible.**

Cadre destiné au médecin prescripteur	Cadre destiné au médecin receveur
Confirmation de la période d'admission : <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> SOUS QUINZAINE <input type="checkbox"/> DANS LE MOIS <input type="checkbox"/> AU-DELA D'UN MOIS : .....	Admission pour :
Date :	Date :
Tampon et visa :	Tampon et visa :



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 :