



## DEMANDE D'EVACUATION SANITAIRE

DATE:	HEURE:
-------	--------

Nom du Demandeur:		
Mode de Transport:		
Lieu de Depart:	Heure de Départ:	Destination:
Nom du Patient:		
Organisation / ONG:		
Nationalité:		
Groupe Sanguin:	Obs :	
Nombre de personnes:		
Etat du Patient:		
<b>Position couchée ou assise (très important):</b>		
Nom de l'Agent Médical accompagnant le Patient:		
Autres informations utiles: <b>(prière indiquer si oui ou non le malade est contagieux, s'il peut oui ou non voyager par AVION, ces 2 dernières informations étant très importantes):</b>		



# UNHAS Mali



Observations du Médecin:

Nom du Médecin:

Signature:

Date:

Approuvé par (Chef de l'Organisation):

Date:

Nom:

Signature: