|  |
| --- |
|  |

**Formulaire pour la transmission des contre-indications médicales aux rapatriements sous contrainte par voie aérienne (niveau d'exécution 2-4)**

**par le médecin pénitentiaire traitant au médecin accompagnant le vol**

Nom du patient/ de la patiente:

Date de naissance:

Consentement du patient à la transmission des données au médecin accompagnant le vol (veuillez cocher):

❑ Oui ❑ Non

Si *Oui*, le présent formulaire ainsi que le rapport médical détaillé doivent être remis au médecin accompagnant le vol dans une enveloppe cachetée (avec la mention « confidentiel »).

Si *Non*, il est nécessaire de communiquer que le patient s'oppose à la transmission des informations médicales. Le médecin traitant classe une copie du formulaire dans ses dossiers.

Le médecin pénitentiaire doit insister sur le fait que les informations sont transmises dans l'intérêt du patient; si toutefois celui-ci persiste à s'y opposer, le médecin pénitentiaire doit évaluer si le danger auquel est exposé le patient est assez sérieux pour justifier un déliement du secret médical par l'instance compétente et, le cas échéant, prendre les mesures appropriées.

Contre-indications à un rapatriement sous contrainte par voie aérienne (niveaux d'exécution 2-4):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : …................. Cachet (du médecin) Signature : ……………...........

(avec adresse/tél.)