



# DÉCLARATION MARITIME DE SANTÉ

A remplir par les capitaines des navires en provenance de ports étrangers  
et à présenter à l'autorité sanitaire 48h00 avant l'arrivée au port.

Présentée au port de ..... Date .....

Nom du navire ..... Numéro d'immatriculation/OMI .....

En provenance de ..... A destination de .....

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

Jauge brute .....

Certificat valable de contrôle/d'exemption de contrôle sanitaire à bord ? \_\_\_\_\_ ▶ oui - non

Délivré à ..... Date .....

Nouvelle inspection requise ? ▶ oui - non (si oui, compléter la fiche de demande de certificat jointe)

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 (avec indication des dates de départ) au cours des 30 derniers jours :

Port	Date de départ	Port	Date de départ
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	
7.		8.	

Liste des membres de l'équipage, passagers ou autres personnes qui ont embarqué sur le navire/bateau après le début du voyage international ou au cours des 30 derniers jours (joindre éventuellement un tableau adapté)

Nom	Embarqué à	Nom	Embarqué à
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	
7.		8.	

Effectif de l'équipage ..... Nombre de passagers à bord .....

<b>Questions de santé</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
1. Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? Si oui, donner les détails dans le tableau joint. Nombre total de décès .....		
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 ? Si oui, donner les détails dans le tableau joint.		
3. Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre escompté ? Quel a été le nombre de malades ? .....		
4. Y a-t-il actuellement des malades à bord ? Si oui, donner les détails dans le tableau joint.		
5. Un médecin a-t-il été consulté ? Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau joint.		
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 ? Si oui, donner les détails dans le tableau joint.		
7. Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination par ex.) ont-elles été prises à bord ? Si oui, préciser lesquelles ....., le lieu ....., la date .....		
8. Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? Si oui, où sont-ils montés à bord (à votre connaissance) ? .....		
9. Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ?		

**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) un érythème ou une éruption cutanée aiguë ; ii) de forts vomissements (non provoqués par le mal de mer) ; iii) une diarrhée sévère ; ou iv) des convulsions récurrentes.

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

Date .....

Signé .....  
Capitaine

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

## TABLEAU JOINT 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.