

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE POUR LES REFUGES DESTINÉS AUX VICTIMES DE CATASTROPHES NATURELLES

Pour une évaluation rapide des conditions de logement pendant les catastrophes naturelles



Utilisez ce formulaire d'évaluation pour identifier rapidement les menaces immédiates à la santé publique et leurs sources. Ce formulaire n'est pas un outil d'inspection ou de planification.

I. ORGANISME D'ÉVALUATION

¹Nom de l'organisme/organisation : _____ ¹⁰⁵Besoins immédiats identifiés Oui Non
²Nom/titre de l'évaluateur : _____
³Téléphone : _____ ⁴E-mail ou autre contact : _____

II. TYPE, NOM ET DONNÉES DE RECENSEMENT CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

⁵Type de refuge : Population générale Médical Autre : _____ ⁶Établissement Croix Rouge: Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁷Code Croix Rouge : _____ ⁸Date d'ouverture du refuge (jj/mm/aaaa) : _____ ⁹Date d'évaluation (jj/mm/aaaa) : _____ ¹⁰Heure d'évaluation : _____ matin après-midi et soir
¹¹Motif de l'évaluation : Préopérationnel Phase initiale Routine Autre : _____
¹²Nom et description des lieux : _____
¹³Adresse géographique, rue : _____
¹⁴Ville/Comté : _____ ¹⁵État : _____ ¹⁶Code ZIP : _____ ¹⁷Latitude/Longitude : _____ / _____
¹⁸Contact/Titre de l'établissement : _____
¹⁹Type d'établissement : École Palais des sports/Centre de conventions Caravanes/camping-cars Tentes Autre
^{19b}Lieu de l'établissement : En intérieur En extérieur Mixte ²⁰Téléphone : _____ ²¹Télécopie : _____
²²E-mail ou autre contact : _____ ²³Recensement actuel : _____ ²⁴Capacité autorisée : _____
²⁵Nombre total de résidents enregistrés : Hommes : _____ Femmes : _____ Âgé(e)s de : 0 à 5 ans : _____ 6 à 64 ans : _____ Plus de 65 ans : _____
²⁶Nombre d'employés/de bénévoles : _____

III. ÉTABLISSEMENT

²⁷Domages à la structure : Oui Non Ne sait pas/S.O.
²⁸Sécurité/forces de l'ordre disponibles : Oui Non Ne sait pas/S.O.
²⁹Système de climatisation opérationnel : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³⁰Ventilation adéquate : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³¹Espace par personne adéquat : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³²Exempt de dangers de blessures/risques professionnels : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³³Exempt de problèmes liés aux insectes/nuisibles : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³⁴Le système d'alimentation électrique municipal est opérationnel : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³⁵Générateur électrique opérationnel : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³⁶Si oui, type de carburant : _____
³⁷Source d'alimentation électrique de secours disponible : Oui Non Ne sait pas/S.O.
³⁸Si oui, source : _____
³⁹Nombre adéquat de prises électriques : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁰Température intérieure : _____ °F (°C) Ne sait pas/S.O.
⁴¹Protection contre les incendies : Détecteur de CO fonctionnel Détecteur de fumée fonctionnel
 Gideurs Alarme incendie Extincteur (non expiré et plein)

IV. ALIMENTS

⁴²Préparés sur place : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴³Servis sur place : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁴Source d'aliments salubre : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁵Approvisionnement adéquat : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁶Stockage approprié : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁷Températures appropriées : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁸Installations de lavage des mains disponibles : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁴⁹Manipulation sûre des aliments : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵⁰Installations de lavage de la vaisselle disponibles : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵¹Cuisine/espace repas propre : Oui Non Ne sait pas/S.O.

V. EAU DE BOISSON

⁵²Approvisionnement en eau potable adéquat Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵³Sources d'eau potable : Municipale Puits Boutelles d'eau
 Eau en vrac Autre source Ne sait pas/S.O.
⁵⁴Niveau de charge résiduelle de chlore adéquat : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵⁵Approvisionnement en glace adéquat : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵⁶Système de distribution d'eau opérationnel : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵⁷Source de glace sûre : Oui Non Ne sait pas/S.O.
⁵⁸Eau chaude disponible : Oui Non Ne sait pas/S.O.

VI. ASPECTS SANITAIRES ET MÉDICAUX

⁵⁹ Nombre de résidents malades au cours des dernières 24 heures :	_____			Ne sait pas/S.O.
⁶⁰ Nombre de femmes enceintes :	_____			Ne sait pas/S.O.
⁶¹ Blessures signalées au cours des dernières 24 heures :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶² Maladie(s) respiratoire(s) signalée(s) :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶³ Maladie(s) gastro-intestinale(s) signalée(s) :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶⁴ Autre maladie/épidémie signalée :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶⁵ Si oui, veuillez la décrire :	_____			
⁶⁶ Services de soins de santé sur site :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶⁷ Trousses de secours disponibles sur site :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶⁸ Définisseurs externes automatisés disponibles sur site :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁶⁹ Services de santé mentale disponibles :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷⁰ Stockage des médicaments à température contrôlée :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.

VII. ASSAINISSEMENT/HYGIÈNE

⁷¹ Services de blanchisserie disponibles :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷² Nombre de toilettes adéquat :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷³ Nombre total de toilettes intérieures fixes :	_____			Ne sait pas/S.O.
⁷⁴ Nombre total de toilettes extérieures portables :	_____			Ne sait pas/S.O.
⁷⁵ Nombre de douches adéquat :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷⁶ Nombre adéquat de postes de lavage des mains :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷⁷ Produits pour le lavage des mains :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷⁸ Produits pour les toilettes disponibles :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁷⁹ Les zones des toilettes sont exemptes de détritres et d'ordures :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸⁰ Processus/emploi du temps de nettoyage/ménage en place :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸¹ Type de système d'égouts :				
	Communautaire	Sur site	Portable	Ne sait pas/S.O.

VIII. GESTION DES DÉCHETS

⁸² Nombre adéquat de conteneurs de collecte de déchets :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸³ Conteneur à objets tranchants disponible sur site :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸⁴ Tri des déchets appropriés :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸⁵ Ramassage des déchets en temps opportun :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸⁶ Types de déchet(s) :				
	Solides	Dangereux	Médicaux	Ne sait pas/S.O.

IX. ZONE DE GARDE D'ENFANTS

⁸⁷ Installations propres pour le changement des couches :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸⁸ Installations pour le lavage des mains disponibles :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁸⁹ Jouets sûrs :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹⁰ Zone de préparation des aliments/biberons propres :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹¹ Ratio enfants/éducatrices adéquat :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.

X. ESPACE DE REPOS

⁹² Nombre de lits bébé/lits/matelas adéquats :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹³ Berceaux disponibles pour les nourrissons :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹⁴ Approvisionnement adéquat en literie :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹⁵ Literie changée/lavée selon les besoins :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹⁶ Espacement adéquat :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.

XI. ANIMAUX DE COMPAGNIE

⁹⁷ Présence d'animaux d'assistance :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹⁸ Présence d'animaux de compagnie :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
⁹⁹ Présence d'autres animaux :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
¹⁰⁰ Soins aux animaux disponibles :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
¹⁰¹ Aire destinée à la présence d'animaux :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
¹⁰² Aire de soulagement désignée pour animaux :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.

XII. AUTRES CONSIDÉRATIONS

¹⁰³ Facilité d'accès pour tous les occupants :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.
¹⁰⁴ Zones fumeurs désignées :		Oui	Non	Ne sait pas/S.O.

XIII. COMMENTAIRE (ÉNUMÉRER LES BESOINS CRITIQUES DANS LA SECTION DES BESOINS IMMÉDIATS)

