**Fiche PHYTOSIGNAL - Région Nouvelle Aquitaine**

A transmettre au point focal de l’ARS : TEL : **0 809 400 004** FAX : 05.67.76.70.12 mail : [ars33-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars33-alerte@ars.sante.fr)

**Réception du signal** Date : Cliquez ici pour entrer une date. Heure :       H

Nom de la personne qui a reçu le signalement :

Institution :  AASQA  DRAAF  CAPTV  ARS  ANSP-CIRE  SCHS de        autre :

**Informations sur le plaignant**

Particulier  Mairie  Établissement recevant du public, préciser :        autres, préciser :

**Nom, Prénom :**

**Adresse :**

**TEL :**  Courriel :       @

**Nature du signal**  Odeur  Bruit  Pollution Inquiétude Demande d’information  Évènement de santé

**Description du signalement**

**Dates, heure(s) des épandages(s), durée :**

**Localisation de l’épandage (adresse la plus précise possible):**

**Image satellite ou données GPS transmises :**  oui  non

**Type d’épandages :**  Agricole (culture :      )  Forêt (type :      )

Espaces verts (type :      )  Autres (moustiques, chenilles...), préciser :

**Précisions sur le mode d’épandage :**

**Identification de la personne ou de la structure à l’origine des épandages connue :**  oui  non

**Si oui, nom et adresse** **de la personne ou structure** :

**Connaissance sur les produits épandus :**  oui non nsp

**Si oui, préciser :**

**Suspicion de vent fort ( >19km /h) :**  oui  non nsp **si oui,** préciser :

**3/Présence d’établissement visé par le code rural :**  oui  non  nsp

**Si oui , préciser :** Étab.petite enfance  Étab. Scolaire  Etab. Pers. handicapées  Etab. Pers. âgées  Aires de jeux

**Et distance entre le bâti et la parcelle ou le lieu de l’épandage : >50 m**  **20-50 m**  **<20 m**  **nsp**

**Survenue d’évènements sanitaires** oui  non  nsp

**Événement ayant nécessité une consultation médicale ?** oui  non  nsp

**Évènement ayant nécessité une Hospitalisation ou passage aux urgences ?** oui  non  nsp  Si oui, nombre :       Lieu :

**Personne d’accord pour être contactée par le CAP TV de Bordeaux ?** oui  non  nsp

**Autres structures contactées** mairie  gendarmerie  autres  si autres, préciser :

**Personne à l’origine de l’épandage informée de l’évènement** ? oui  non  nsp

**Autres informations :**

**Evaluation et suivi de signalement (DD-ARS) :** Choisissez un élément.

- **Nom de la personne de la DD-ARS en charge du suivi :**

- **Date de réception de la fiche :** Cliquez ici pour entrer une date.

* **Évaluation de la gravité de l’évènement**

Gravité des évènements sanitaires (hospitalisations / décès)

Large population touchée et/ou population sensible impliquée (ex. enfants)

Risque important de toxicité du (ou des) produits(s)

Risque médiatique

Autres, préciser :

* **Suspicion d’un critère réglementaire** (vent fort, établissement sensible, entrainement hors parcelle) :  oui non
* **Signalement transmis au Sral - Draaf**:  oui non

**NB : Transmission Draaf si  :**

* **gravité de l’évènement (au moins une case cochée)**
* **ET/OU non-respect critère réglementaire**
* **ET/OU information de la mairie ou de la gendarmerie**
* **ET survenue des évènements inférieure à 1 mois**

**A l’adresse mail suivante :** [**sral.draaf-nouvelle-aquitaine@agriculture.gouv.fr**](mailto:sral.draaf-nouvelle-aquitaine@agriculture.gouv.fr)

**et copie à** [**francois.hervieu@agriculture.gouv.fr**](mailto:francois.hervieu@agriculture.gouv.fr) **et** [**pascal.frey@agriculture.gouv.fr**](mailto:pascal.frey@agriculture.gouv.fr)

* **Signalement transmis au CAP TV de Bordeaux**:  oui non

**NB : Transmission CAP TV si :**

* **Survenue d’événements sanitaires**
* **Accord de la personne (mail si possible)**

**A l’adresse mail suivante :** [**magali.labadie@chu-bordeaux.fr**](mailto:magali.labadie@chu-bordeaux.fr) **et** [**francoise.penouil@chu-bordeaux.fr**](mailto:francoise.penouil@chu-bordeaux.fr)

* **Sollicitation d’autres expertises :** ouinon

**- Autres partenaires contactés pour expertise :**

Atmo Nouvelle Aquitaine  Cire  Autres précisez :

* **Information d’autres partenaires :**   Information CORRUSS(Ministère)  Information siège (Santé publique France)

Information Préfecture

**Clôture du signal (DD-ARS) Date :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Suites données :**

**🖙 Merci de bien vouloir joindre la fiche clôturée dans le SIVSS**