**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

**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**

**et copie à** **francois.hervieu@agriculture.gouv.fr** **et** **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** **et** **francoise.penouil@chu-bordeaux.fr**

* **Sollicitation d’autres expertises :** **[ ]** oui**[ ]** non

**- 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**