

DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE FORAIN COVID-19

Formulaire à remplir et à renvoyer au Conseil départemental ou interdépartemental de l'Ordre des infirmiers auprès duquel vous êtes inscrit(e)

Département d'inscription : | | | | | N° ordinal : | | | | |

Madame Monsieur

Nom d'exercice : | | | | | Prénom : | | | | |
Nom figurant sur la feuille de soins

Adresse professionnelle : | | | | |
| | | | |

Code postal : | | | | | Ville : | | | | |

Situation professionnelle actuelle : Titulaire

Je sollicite une dérogation au principe d'interdiction d'exercice forain prévue à l'article R.4312-75 du code de la santé publique.

J'invoque la raison de santé publique dans le cadre des dispositifs sanitaires mis en place par les pouvoirs publics dans le contexte de la crise sanitaire liée au COVID-19.

Mon activité foraine se déroulera à/aux adresse(s) ci-dessous, afin de réaliser des prélèvements biologiques destinés au dépistage ou à la surveillance du COVID-19.

Lieu d'exercice forain :

Lieu d'exercice forain :

Lieu d'exercice forain :

Cette activité débutera le : | | | / | | | / | | | | pour se terminer le : | | | / | | | / | | | |

Je déclare par la présente respecter les dispositions de l'article 4312-67 du code de la santé publique à savoir :

- Disposer en ce lieu de prélèvement, d'une installation adaptée et de moyens techniques pertinents pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins, la sécurité des patients ainsi que le respect du secret professionnel.
- Veiller notamment à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux que j'utilise et à l'élimination des déchets de soins selon les procédures réglementaires.
- Ne pas exercer dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes ou la sécurité des personnes examinées.

Par ailleurs, je déclare avoir signé une convention ou un avenant avec un laboratoire de biologie médicale.

- Fait à : | | | | |

- Le : | | | / | | | / | | | |

Signature :

| | | | |