

MINISTÈRE DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE ET SOLIDAIRE  
Direction Inter-Régionale de la Mer Sud-Atlantique  
Service de Santé des Gens de Mer

## VERIFICATION DE LA CONFORMITE DE LA DOTATION MEDICALE EMBARQUEE

NAVIRE :

N° immatriculation:

ARMEMENT :

Catégorie de navigation:

DOTATION MEDICALE (type A, B, C, P1 etc) :

Dotation à prévoir pour les navires en fonction de la catégorie de navigation (voir Division 217, édition du 17/07/18):

Tous navires

-5° cat. de navigation: Voir Page 11

-4° et 3° cat. de navigation: Si <24 heures en mer: Dotation C restreinte; Si > 24 heures en mer: Dotation C.

-2° catégorie restreinte à 60 milles: Dotation B restreinte

-2° catégorie : Dotation B

-1° catégorie : Dotation A

- Navires conchylicoles: Voir division 230 du Règlement

- Navires à Passagers: Rajouter une dotation P1 à P4 suivant le cas; Par exemple pour fleuves, estuaires, Bassin d'Arcachon; Dotation P4

Référence : Listes des dotations et réglementation en vigueur :Division 217 («Dispositions sanitaires et médicales») du règlement annexé à l'Arrêté du 23/11/87 modifié relatif à la sécurité des navires, téléchargeable ici: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/VOLUME-1-du-reglement-applicable.html>

**Article 217-3.09**

*Examen et contrôle de la dotation médicale.*

1. Lors de la délivrance, du visa ou du renouvellement des titres de sécurité, un représentant du service de santé des gens de mer ou, à défaut, la pharmacie française en charge de l'approvisionnement du navire, s'assure lors d'un contrôle annuel:

- que la dotation médicale est conforme aux prescriptions de la présente division ;
- que le document de contrôle prévu à l'article 217-3.07 § 7 confirme la conformité de la dotation avec ces prescriptions ;
- que les conditions de conservation de la dotation sont bonnes ;
- que les éventuelles dates de péremption des médicaments sont respectées.

**Je soussigné certifie que le matériel médical et les produits pharmaceutiques sont :**

CONFORMES	NON CONFORMES
-----------	---------------

-Matériel ou produits manquants :

.....  
.....  
.....

-Matériel ou produits défectueux ou périmés :

.....  
.....  
.....

**Le Docteur en médecine ou en pharmacie :** ( Nom, Prénom, Signature):

**Date:**

N° RPPS ou FINISS:

Adresse du Cabinet ou Officine :

**Présent  
pour  
l'avenir**