

# 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

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

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

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

### III. ÉTABLISSEMENT

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

### IV. ALIMENTS

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

### V. EAU DE BOISSON

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

## VI. ASPECTS SANITAIRES ET MÉDICAUX

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

## VII. ASSAINISSEMENT/HYGIÈNE

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

## VIII. GESTION DES DÉCHETS

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

## IX. ZONE DE GARDE D'ENFANTS

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

## X. ESPACE DE REPOS

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

## XI. ANIMAUX DE COMPAGNIE

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

## XII. AUTRES CONSIDÉRATIONS

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

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

