



**EXECUTION D'UN TRANSPORT PAR HELICOPTERE
IDENTIFICATION DE LA CATEGORIE DE VOL**

A Faxer au Pilote de l'HéliSmur 49 au 02 41 24 39 20

SAMU de

Date : __ / __ / __

Heure : __ h __

Je soussigné **Docteur**, **Médecin Régulateur au SAMU**, après évaluation médicale de la gravité de la pathologie présentée par le patient :

NOM : PRENOM :

Prescrit une **évacuation médicalisée par hélicoptère** entre :

Le CH / CL & le CH / CL

Ce vol sera réalisé, après qu'il ait été accepté, par M., Pilote Commandant de Bord de l'hélicoptère de la compagnie INAER HELICOPTER FRANCE.

L'équipe médicale affectée à ce vol sera : Médecin :
Infirmier(ère) :
Autre :

Cette mission s'effectuera sous le régime du :

- **Service Médical d'Urgence par Hélicoptère** (mission d'urgence pouvant nécessiter l'atterrissage de l'hélicoptère sur une infrastructure non répertoriée)

OUI NON

Si oui nom du Membre d'équipage SMUH :

- **Commercial Air Transport** (mission pouvant être planifiée et réalisée entre des infrastructures répertoriées)

OUI NON

Fait à :

Le : __ / __ / ____

Signature :