



Ministère chargé de la
Santé

BORDEREAU DE SUIVI

**Elimination des déchets
d'activités de soins**

Délibération n°2001-81/APF
du 5 juillet 2001 modifiée

Bordereau à établir en 4 exemplaires

PRODUCTEUR				COLLECTEUR																																										
Nom ou dénomination - Adresse :				Nom ou dénomination - Adresse :																																										
Cachet				Cachet																																										
Tél. :	G.S.M. :	N° Tahiti :		Tél. :	G.S.M. :	N° Tahiti :																																								
e-mail :				e-mail :																																										
Nom du responsable des déchets d'activités de soins :				Nom du chauffeur :																																										
Date de remise au collecteur :				Date de prise en charge des déchets :																																										
Partie à remplir conjointement par le PRODUCTEUR et le COLLECTEUR																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Nature des déchets</th> <th rowspan="2">Nombre de conditionnements</th> <th rowspan="2">Volume des conditionnements (L)</th> <th rowspan="2">Poids (kg)</th> </tr> <tr> <th>Type 1</th> <th>Type 2</th> <th>Type 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td colspan="5" style="text-align: center;">TOTAL en kilogrammes</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Type 1 : déchets ou pièces anatomiques humains ou vétérinaires ou cadavres de chiens et de chats</i> <i>Type 2 : médicaments non utilisés</i> <i>Type 3 : autres déchets d'activités de soins</i></p>				Nature des déchets			Nombre de conditionnements	Volume des conditionnements (L)	Poids (kg)	Type 1	Type 2	Type 3																									TOTAL en kilogrammes						PRODUCTEUR		COLLECTEUR	
				Nature des déchets						Nombre de conditionnements	Volume des conditionnements (L)	Poids (kg)																																		
Type 1	Type 2	Type 3																																												
TOTAL en kilogrammes																																														
<input type="checkbox"/> Je déclare m'être conformé à la réglementation en vigueur		<input type="checkbox"/> Regroupement de déchets <input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur et je suis en accord avec les quantités de déchets remis																																												
Numéro d'identification des pièces anatomiques :				<i>Nom et signature du producteur</i>		<i>Nom et signature du collecteur</i>																																								
INSTALLATION DESTINATAIRE																																														
Nom ou dénomination - Adresse :				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nombre de conditionnements pris en charge</th> <th>Volume des conditionnements pris en charge (L)</th> <th>Poids pris en charge (kg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td colspan="2" style="text-align: center;">TOTAL en kilogrammes</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Nombre de conditionnements pris en charge	Volume des conditionnements pris en charge (L)	Poids pris en charge (kg)										TOTAL en kilogrammes																											
Nombre de conditionnements pris en charge	Volume des conditionnements pris en charge (L)	Poids pris en charge (kg)																																												
TOTAL en kilogrammes																																														
Cachet																																														
Tél. :	G.S.M. :	N° Tahiti :		Numéro d'identification des pièces anatomiques :																																										
e-mail :				<input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur																																										
Date de présentation du lot :																																														
Lot accepté <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération/Crémation <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection <input type="checkbox"/> Export/Élimination n°PF				Motif du refus de prise en charge :																																										
Date de l'opération :																																														
				<i>Nom et signature de l'exploitant</i>																																										

EXEMPLAIRE à conserver par le PRODUCTEUR après remise des déchets

Les données à caractère personnel collectées dans le présent bordereau font l'objet d'un traitement mis en œuvre par le centre d'hygiène et de salubrité publique (direction de la santé) dans le cadre de ses missions de service public.

Ce traitement a pour finalité de contrôler l'application de la réglementation relative à l'élimination des déchets d'activités de soins.

Les données à renseigner dans le présent formulaire sont à ce titre obligatoires.

Elles sont collectées auprès des producteurs et des collecteurs de déchets d'activités de soins ainsi que des exploitants des installations d'élimination de ces déchets. Elles sont conservées le temps nécessaire à la réalisation des finalités du traitement ou dans le respect des prescriptions légales.

Dans les conditions légales et réglementaires, certaines autorités disposent, dans l'exercice de leurs missions, d'un droit de communication de ces données (autorités judiciaires, police, gendarmerie,...).

Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit d'opposition pour des raisons tenant à votre situation particulière, que vous pouvez exercer en justifiant de votre identité auprès du centre d'hygiène et de salubrité publique, 156 avenue Georges CLEMENCEAU, 98714 PAPEETE - chsp@sante.gov.pf. Vous pouvez aussi introduire une réclamation auprès de la CNIL www.cnil.fr, sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus.

Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, vous pouvez contacter la Déléguée à la Protection des Données (DPD) aux adresses suivantes : DPO Service de l'informatique BP 4574 98713 PAPEETE - dpo@informatique.gov.pf