



DEMANDE DE SOLLICITATION POUR  
L'ORGANISATION D'UNE AIDE MÉDICALE



## ASSOCIATION DEMANDEUSE

Date de la demande :

Nom de l'association :

Raison sociale :

Date de création :

Siège Social :

Président(e) actuel(le) :

Depuis :

Autres membres du bureau :

Pays d'activités :

Principales actions menées dans les 2 dernières années :

E-mail :

Site internet :

Identifiants réseaux sociaux :

## PERSONNE DE CONTACT

*Il s'agit de la personne membre de l'association demandeuse qui fera le relais entre les deux associations.*

Nom:

Prénom :

Fonction dans l'association :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone:

Email :



## LOCALITÉ

Nom du pays :

Nombre d'habitants :

Président actuel :

Ministre de la santé actuel :

Langues parlées :

Monnaie :

Religions principales :

Pays limitrophes :

Aéroports d'arrivée :

## ZONE D'ACTIVITÉ

*Il s'agit de la zone géographique ciblée dans laquelle se déroulerait la caravane médicale.*

Nom de la région / district :

Nom de la zone d'activité :

Situation géographique :

Aéroport de proximité :

Itinéraire d'accès depuis l'aéroport d'arrivée :

Caractéristiques géographiques : (altitudes, relief... ) :

Réseau téléphonique (indiquez la couverture 3G/4G ou plus et les opérateurs présents dans la zone) :

Superficie de la zone :

Etats de l'infrastructure routière, moyens de déplacements :

Religions principales de la zone :

Population de la zone :

- Nombre d'habitants :

- Nombre de villages :

- Nombre d'écoles :

- Nombre de grandes villes :

- Ville principale :

- Salaire moyen mensuel de la zone :



## ZONE D'ACTIVITÉ (suite)

Conditions climatiques (indiquez selon le mois de l'année, les températures moyennes, les saisons, périodes de sécheresses, de saisons des pluies...)

Existe-il dans la zone ou dans sa périphérie, des risques sécuritaires liés à des groupes armés ou terroristes, des conflits, ou autres ?

## DONNÉES SANITAIRES - 1

*Ces informations concernent la zone géographique définie précédemment.*

### **HÔPITAL DE ZONE**

À quelle distance se situe l'hôpital de zone le plus proche ?

Dans quelle ville se trouve t-il ?

### **PROGRAMMES DE SANTÉ**

Quels sont les programmes ou actuelles campagnes de prévention en cours dans la zone ?

Qui est chargé du suivi et de l'application de ces programmes dans la zone ?

Comment ces campagnes sont-elles mises en application dans la zone ?



## DONNÉES SANITAIRES - 2

### **TRANSPORT SANITAIRE**

Existe-t-il des moyens pré-hospitaliers ? Ambulance, pompiers, service d'urgences mobile ?

### **PATHOLOGIES / EPIDEMIES**

Quelles sont les principales pathologies chroniques et leurs prévalences identifiées dans la zone ?

Quelles sont les principales maladies tropicales et leurs prévalences identifiées dans la zone ?

Existe-t-il des épidémies actives actuellement dans la zone ?

### **PHARMACIE**

Existe-t-il un dépôt pharmaceutique dans la zone pour s'approvisionner en médicaments ?



## DONNÉES SANITAIRES - 3

### VACCINATION

Quels sont les vaccins actuellement obligatoires ? (si possible, précisez le schéma vaccinal)

Où est-il possible de se faire facilement vacciner ?

### STRUCTURES DE SANTÉ

Combien de centres de santé sont présents dans la zone : (merci de préciser le nom du village où il se situe, les différents corps de métiers présents, la capacité d'accueil, les effectifs soignants...)

### AUTORITÉS SANITAIRES

Quel.le responsable politique est en charge de l'autorité sanitaire dans la région (responsable ministériel, délégué.e à la santé...). *Citez son nom, prénom et si possible les moyens de le contacter (e-mail, téléphone...).*

Avez-vous la possibilité d'obtenir facilement des données statistiques et médicales auprès de cette personne ?



## DONNÉES SANITAIRES - 4

Où sont suivis les enfants atteints de dénutrition ?

Où sont suivis les enfants atteints de problèmes médicaux et chirurgicaux ?

Existe-t-il des médecins scolaires ?

Où sont suivis les patient.e.s atteints d'affections dentaires ?

Où sont suivis les patient.e.s adultes atteints de problèmes chirurgicaux ?

Où sont suivis les patient.e.s atteints de troubles ophtalmologiques ?

Où sont suivis les patient.e.s atteints de troubles psychiatriques ?

Où sont suivis les patients.e. atteintes de problèmes gynécologiques ?

Existe-t-il un centre de planning familial ?

Où sont suivis les femmes enceintes avant et après leur accouchement ?

Quel est le coût moyen d'une consultation médicale ?

### **AGENTS DE SANTÉ COMMUNATAIRE :**

Existe-t-il des agents de santé communautaire dans les villages, et si oui combien ?

Quelles sont leurs missions, leurs formations ?



## DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

*Merci de préciser ici toute information complémentaire qui pourrait nous être utile pour l'étude de votre dossier.*

### DEMANDE.S SOUHAITÉE.S :

- Organisation d'une caravane médicale
- Organisation d'une Action de Prévention à la Santé pour la population
- Organisation d'une Action Formative pour le personnel de santé
- Demande autre :

Ce dossier a été rempli par :

Signature :

Date :

### DOCUMENTS À JOINDRE

Afin que votre demande soit complète, merci de nous joindre les éléments suivants dans la mesure du possible :

- Une demande de sollicitation écrite, par le ou la Président.e de l'association argumentée, datée et signée, exposants les besoins qui justifieraient l'intervention d'Amoddou
- Copie de la carte d'identité du ou de la Président.e de l'association
- Copie des statuts associatifs signés
- Liste des membres du Bureau de l'association
- Compte-rendu financier des 2 dernières années
- Rapport d'activité des 2 dernières années
- Liste des partenaires institutionnels et privés des 2 dernières années

**Seuls les dossiers dûment complétés seront étudiés par Amoddou.**

**Merci de nous transmettre votre demande via courrier postal ou e-mail :**



Association Amoddou  
30 impasse des Campagnols  
F-01170 GEX



operationnel@amoddou.org