

# Évaluation du site par BHI: Future usine PSA

Date de publication: 14 juin 2024

Ce document a été produit et traduit par Build Health International pour le projet BOXER.

| Informations sur l'hôpital                                                                                                                    |                                     |                          |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Formulaire rempli par                                                                                                                         | Nom                                 |                          | Titre     |
|                                                                                                                                               |                                     |                          |           |
| Nom de l'hôpital ou de l'établissement                                                                                                        |                                     |                          |           |
| Date de la visite                                                                                                                             |                                     |                          |           |
| Personne-ressource                                                                                                                            | Nom                                 |                          | Titre     |
|                                                                                                                                               |                                     |                          |           |
|                                                                                                                                               | Téléphone (inclure le code du pays) |                          | Courriel  |
|                                                                                                                                               |                                     |                          |           |
|                                                                                                                                               | Méthode de contact préférée         | <input type="checkbox"/> | Téléphone |
|                                                                                                                                               |                                     | <input type="checkbox"/> | WhatsApp  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |                                     | Courriel                 |           |
| Coordonnées GPS                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            | Complété                 |           |
| Photo de l'affiche de l'hôpital ou de l'établissement                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | Complété                 |           |
|                                                                                                                                               | Maximum                             | Minimum                  | Moyenne   |
| Température de l'air                                                                                                                          |                                     |                          |           |
| Humidité de l'air                                                                                                                             |                                     |                          |           |
| Quelle est l'altitude approximative de l'hôpital?                                                                                             |                                     |                          |           |
| Notez tout danger environnemental important qui pourrait avoir une incidence sur l'usine PSA (tempêtes de sable, proximité de l'océan, etc.). |                                     |                          |           |

| Nombre de lits                                                                                    |                                 |              |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------------|
| Quel est le nombre de lits qui seront desservis par cette usine d'oxygène?                        | Hôpital/établissement hôte:     |              |                 |
|                                                                                                   | Autres établissements de santé: |              |                 |
|                                                                                                   | Nombre total de lits:           |              |                 |
| Veuillez indiquer le nombre de lits pour les différents types en utilisant le tableau ci-dessous. |                                 |              |                 |
| Service                                                                                           | Nombre de lits                  | Sorties      |                 |
|                                                                                                   |                                 | Fonctionnel* | Non fonctionnel |
| Urgence                                                                                           |                                 |              |                 |
| Préop./unité d'anesthésie postopératoire                                                          |                                 |              |                 |
| Unité de soins intensifs néonataux                                                                |                                 |              |                 |
| Unité de soins intensifs pédiatriques                                                             |                                 |              |                 |
| Soins intensifs généraux                                                                          |                                 |              |                 |
| Unité de forte dépendance                                                                         |                                 |              |                 |
| Adultes généraux                                                                                  |                                 |              |                 |
| Pédiatrie générale                                                                                |                                 |              |                 |
| TB                                                                                                |                                 |              |                 |
| COVID-19                                                                                          |                                 |              |                 |
| Autre                                                                                             |                                 |              |                 |
| Salles d'opération                                                                                |                                 |              |                 |

\*Une prise d'oxygène est fonctionnelle si l'oxygène qui en sort a une pureté de 90 %. Si vous disposez d'un analyseur d'oxygène, vous pouvez tester la pureté pour déterminer si l'oxygène s'écoule à un niveau supérieur à la pureté minimale (90 %) pour l'oxygène de type médical. Cela serait considéré comme une prise fonctionnelle. Toutefois, si vous ne disposez pas d'un analyseur d'oxygène, définissez la fonctionnalité de la prise d'oxygène en fonction du fait que de l'oxygène s'écoule ou non de cette prise.

| Source d'oxygène existante                                                                                                                                                                                           |                                        |                                            |                           |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Comment est actuellement livré l'oxygène aux lits de l'hôpital? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.                                                                                                         | <input type="checkbox"/>               | Prises murales                             |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | Cylindres individuels                      |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | Concentrateurs d'oxygène                   |                           |                          |
| Donnez plus de détails sur le ou les modes de livraison. Par exemple, source commerciale de cylindres ou nombre de concentrateurs d'oxygène. Incluez tous les renseignements partagés par le personnel de l'hôpital. |                                        |                                            |                           |                          |
| Commentaires sur la fonctionnalité du ou des modes de livraison                                                                                                                                                      |                                        |                                            |                           |                          |
| Prises murales (Réseau de canalisations d'oxygène)                                                                                                                                                                   |                                        |                                            |                           |                          |
| Le réseau de canalisations existant est-il fonctionnel ?                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>               | Oui, toute la tuyauterie est fonctionnelle |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | Oui, mais seulement dans certaines zones   |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | Non                                        |                           |                          |
| Décrivez brièvement les problèmes éventuels du réseau de canalisations existant.                                                                                                                                     |                                        |                                            |                           |                          |
| Prenez des photos des prises murales                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>               | Complétée                                  |                           |                          |
| Fournissez un dessin/une carte du réseau de tuyauterie sur une feuille séparée.                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | Complétée                                  |                           |                          |
| Les prises murales sont-elles alimentées par les collecteurs de bouteilles?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>               | Non                                        |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | Oui                                        |                           |                          |
| <i>Si OUI : Recueillir les renseignements suivants pour chaque collecteur de cylindres d'oxygène. Prenez des photos de l'emplacement du collecteur et du manomètre si le collecteur est utilisé.</i>                 |                                        |                                            |                           |                          |
| Collecteur                                                                                                                                                                                                           | Services approvisionnés par collecteur | Nombre de cylindres                        | Emplacement du collecteur | Pression de sortie (bar) |
| 1                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                            |                           |                          |
| 2                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                            |                           |                          |
| 3                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                            |                           |                          |
| 4                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                            |                           |                          |
| 5                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                            |                           |                          |

|                                                                                                                                                                                                |  |                          |                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|
| 6                                                                                                                                                                                              |  |                          |                                                                            |  |
| 7                                                                                                                                                                                              |  |                          |                                                                            |  |
| 8                                                                                                                                                                                              |  |                          |                                                                            |  |
| L'hôpital dispose-t-il d'une usine PSA ?                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> | Non                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> | Oui                                                                        |  |
| Si OUI: Quelle est la taille de l'usine PSA? (N3m/hr)                                                                                                                                          |  |                          |                                                                            |  |
| Si OUI: Quand a-t-elle été installée ?                                                                                                                                                         |  |                          |                                                                            |  |
| SI OUI : Quelle est la méthode de distribution de l'oxygène de l'usine PSA ?                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> | Remplissage de bouteilles uniquement                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> | Tuyauterie directe vers les prises murales uniquement                      |  |
|                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> | Fournit de l'oxygène directement et peut également remplir des bouteilles. |  |
|                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> | L'usine PSA n'est pas fonctionnelle                                        |  |
| SI l'usine PSA n'est pas fonctionnelle : Commentez sur la méthode de distribution d'oxygène prévue, le moment où elle est tombée en panne et la raison pour laquelle elle est tombée en panne. |  |                          |                                                                            |  |

| Nouvelle usine d'oxygène                                                                                                                                                                          |                          |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| Lorsque la nouvelle usine PSA sera installée, comment prévoyez-vous livrer l'oxygène aux lits? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.                                                       | <input type="checkbox"/> | Prises murales venant des collecteurs de cylindres  |
|                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | Prises murales provenant directement de l'usine PSA |
|                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | Cylindres individuels                               |
| Quelle est la/les unité(s) de soins la/les plus prioritaire(s) en matière de canalisations ? (p. ex., unité de soins intensifs, unité néonatale de soins intensifs, salles d'accouchement, etc.)? |                          |                                                     |
| L'hôpital a-t-il des plans d'expansion?                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | Non                                                 |
|                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | Oui                                                 |
| Si OUI: Combien de lits seront ajoutés?                                                                                                                                                           |                          |                                                     |
| Si OUI: De quel type de lits s'agit-il? (P. ex., unité néonatale de soins intensifs, maternité, soins intensifs, etc.)                                                                            |                          |                                                     |
| Si OUI: Quand la construction commencera-t-elle?                                                                                                                                                  |                          |                                                     |

|                                                     |                          |     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| Si OUI: Y a-t-il des plans?                         | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                     | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Si OUI: Qui finance le projet?                      |                          |     |
| Si OUI: La nouvelle usine PSA la desservira-t-elle? | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                     | <input type="checkbox"/> | Oui |

| Alimentation en oxygène d'installations périphériques                                                                            |                          |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| L'établissement prévoit-il de remplir des cylindres pour d'autres établissements de santé?                                       | <input type="checkbox"/> | Non                                                       |
|                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | Oui                                                       |
| <i>Énumérez les établissements de santé périphériques et leurs distances par rapport à l'établissement principal ci-dessous:</i> |                          |                                                           |
| Autre établissement de santé                                                                                                     | Nombre de lits           | Temps/distance (km) à partir de l'installation principale |
| 1                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 2                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 3                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 4                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 5                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 6                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 7                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 8                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 9                                                                                                                                |                          |                                                           |
| 10                                                                                                                               |                          |                                                           |
| 11                                                                                                                               |                          |                                                           |
| 12                                                                                                                               |                          |                                                           |
| 13                                                                                                                               |                          |                                                           |
| 14                                                                                                                               |                          |                                                           |
| 15                                                                                                                               |                          |                                                           |

| Cylindres                                                                                                                   |                          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| Quelle est votre source actuelle d'approvisionnement en bouteilles d'oxygène?                                               |                          |          |
| Combien de temps faut-il pour obtenir des bouteilles d'oxygène de la source d'approvisionnement actuelle?                   |                          |          |
| Y a-t-il des zones de l'hôpital ou des zones d'application qui nécessitent des bouteilles d'oxygène ?                       |                          |          |
| Quelle est la taille standard des cylindres que vous utilisez?                                                              |                          |          |
| Quels types de soupapes se trouvent sur les cylindres?                                                                      |                          |          |
| Prenez des photos et des vidéos des cylindres sous tous les angles. Il n'y a rien de mieux que plus de photos et de vidéos. | <input type="checkbox"/> | Complété |

| Emplacement                                                                                                               |                                             |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| Des sites potentiels ont-ils été identifiés où la nouvelle usine PSA pourrait être située?                                | <input type="checkbox"/>                    | Non      |
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                    | Oui      |
| Si OUI: Saisissez les coordonnées GPS de chaque option.                                                                   | <input type="checkbox"/>                    | Complété |
| SI OUI : Enregistrer les dimensions approximatives de chaque site potentiel ?                                             | Option 1:<br><br>Option 2:<br><br>Option 3: |          |
| L'hôpital dispose-t-il d'un plan de site ou d'une carte du campus qui peut être partagée ? Si oui, demandez-en une copie. | <input type="checkbox"/>                    | Non      |
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                    | Oui      |
| Mesurez le périmètre de chaque espace potentiel disponible pour l'infrastructure de l'usine PSA et dessinez un diagramme. | <input type="checkbox"/>                    | Complété |

| Option de site 1                                                                                                                                                                                               |                          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| Y a-t-il quelque chose qui doit être retiré du site?                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Commentaires                                                                                                                                                                                                   |                          |          |
| L'hôpital est-il au courant de l'existence de services publics souterrains sur le site?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Commentaires                                                                                                                                                                                                   |                          |          |
| Décrivez le nivellement du site et identifiez les pentes ou les caractéristiques principales:                                                                                                                  |                          |          |
| Prendre des mesures de la pente du site. Enregistrez-les ici. Inclure un diagramme sur une feuille séparée.                                                                                                    |                          |          |
| Prenez des photos et des vidéos du site sous tous les angles. Il n'y a rien de mieux que plus de photos et de vidéos.                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Complété |
| Existe-t-il des sources de pollution d'air (poussière, échappement d'un groupe électrogène, échappement de cuisine, incinérateur, garage, etc.) près de l'emplacement prévu (moins de 10 m) de l'usine PSA?    | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Le site sélectionné pour l'installation de l'usine respecte-t-il la distance minimale des sources inflammables (p. ex., réservoir de carburant, entreposage de matières inflammables, aire des déchets, etc.)? | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Si OUI : Quelle est la source de la pollution?                                                                                                                                                                 |                          |          |
| Y a-t-il des signes d'inondation près de l'emplacement prévu de l'usine PSA?                                                                                                                                   |                          |          |

| Option de site 2                                                                                                                                                                                                |                          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| Y a-t-il quelque chose qui doit être retiré du site?                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Commentaires                                                                                                                                                                                                    |                          |          |
| L'hôpital est-il au courant de l'existence de services publics souterrains sur le site?                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Commentaires                                                                                                                                                                                                    |                          |          |
| Décrivez le nivellement du site et identifiez les pentes ou les caractéristiques principales :                                                                                                                  |                          |          |
| Prendre des mesures de la pente du site. Enregistrez-les ici. Inclure un diagramme sur une feuille séparée.                                                                                                     |                          |          |
| Prenez des photos et des vidéos du site sous tous les angles. Il n'y a rien de mieux que plus de photos et de vidéos.                                                                                           | <input type="checkbox"/> | Complété |
| Existe-t-il des sources de pollution de l'air (poussière, échappement de génératrice, échappement de cuisine, incinérateur, garage, etc.) près de l'emplacement prévu (moins de 10 m) de l'usine PSA ?          | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Le site sélectionné pour l'installation de l'usine respecte-t-il la distance minimale des sources inflammables (p. ex., réservoir de carburant, entreposage de matières inflammables, aire des déchets, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Si OUI : Quelle est la source de la pollution?                                                                                                                                                                  |                          |          |
| Y a-t-il des signes d'inondation près de l'emplacement prévu de l'usine PSA ?                                                                                                                                   |                          |          |



| Option de site 3                                                                                                                                                                                                |                          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| Y a-t-il quelque chose qui doit être retiré du site?                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Commentaires                                                                                                                                                                                                    |                          |          |
| L'hôpital est-il au courant de l'existence de services publics souterrains sur le site ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Commentaires                                                                                                                                                                                                    |                          |          |
| Décrivez le nivellement du site et identifiez les pentes ou les caractéristiques principales :                                                                                                                  |                          |          |
| Prendre des mesures de la pente du site. Enregistrez-les ici. Inclure un diagramme sur une feuille séparée.                                                                                                     |                          |          |
| Prenez des photos et des vidéos du site sous tous les angles. Il n'y a rien de mieux que plus de photos et de vidéos.                                                                                           | <input type="checkbox"/> | Complété |
| Existe-t-il des sources de pollution de l'air (poussière, échappement de génératrice, échappement de cuisine, incinérateur, garage, etc.) près de l'emplacement prévu (moins de 10 m) de l'usine PSA ?          | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Le site sélectionné pour l'installation de l'usine respecte-t-il la distance minimale des sources inflammables (p. ex., réservoir de carburant, entreposage de matières inflammables, aire des déchets, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | Non      |
|                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Oui      |
| Si OUI: Quelle est la source de la pollution                                                                                                                                                                    |                          |          |
| Y a-t-il des signes d'inondation près de l'emplacement prévu de l'usine PSA?                                                                                                                                    |                          |          |

Énumérez les avantages et les inconvénients de chaque option de site ci-dessous :

|  |
|--|
|  |
|--|

| Type d'infrastructure de l'usine                                                                             |                          |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| L'usine PSA sera-t-elle placée dans un conteneur ou à l'intérieur d'un bâtiment d'une usine PSA?             | <input type="checkbox"/> | Conteneur                                   |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Nouveau bâtiment (à construire)             |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Bâtiment indépendant existant               |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Usine dans une salle d'un bâtiment existant |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Non-décidé                                  |
| Y a-t-il déjà une infrastructure pour l'usine PSA?                                                           | <input type="checkbox"/> | Non                                         |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Oui                                         |
| SI OUI: Y a-t-il une usine non fonctionnelle qui doit être enlevée pour l'installation de la nouvelle usine? | <input type="checkbox"/> | Non                                         |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Oui                                         |
| SI OUI, quelles en sont les dimensions clés?                                                                 | <input type="checkbox"/> | Dimensions de la porte (h x l)              |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Hauteur du plafond:                         |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Dimensions de la pièce (L x l) :            |

| Accès                                                                                                                                                                                                                         |                          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| Y a-t-il suffisamment d'accès par camion pour livrer l'usine PSA à l'emplacement prévu? (Minimum de 14 ft (4,3 m) de hauteur et 10 ft(3 m) de largeur, y a-t-il des saisons durant lesquelles les routes sont impraticables?) | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Commentaires :                                                                                                                                                                                                                |                          |     |
| Y a-t-il suffisamment d'accès aux grues pour les usines conteneurisées livrées sur le site? (Prenez note des lignes électriques, des arbres, etc.)                                                                            | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Commentaires:                                                                                                                                                                                                                 |                          |     |
| À quelle hauteur le PR souhaite-t-il que la dalle soit posée ? Prenez en compte le risque d'inondation                                                                                                                        |                          |     |
| Y a-t-il un accès adéquat à l'usine pour les camions qui ramassent et retournent des bouteilles?                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Y a-t-il de l'espace pour construire une rampe afin de faciliter le transport des cylindres?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Oui |

| Programmation                                                                                                                                                        |                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| L'installation aura-t-elle besoin d'entreposage des bouteilles?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Si OUI: L'entreposage des bouteilles devra-t-il être intégré à la structure de leur infrastructure d'usine?                                                          | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Si OUI: L'installation utilisera-t-elle un chariot élévateur à fourche pour le transport des bouteilles?                                                             | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Si OUI: L'installation nécessite-t-elle une rampe et une plateforme (p. ex. un quai de chargement) pour la livraison des bouteilles?                                 | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Si OUI: Quelle est la hauteur de la plateforme ou du quai de chargement?<br>Remarque: Cela dépend de la hauteur des camions utilisés pour transporter les cylindres. |                          |     |

|                                                                                                                                                |                          |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| Existe-t-il un espace de rangement pour les bouteilles?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Non                                            |
|                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Oui                                            |
| Commentaires                                                                                                                                   |                          |                                                |
| Si OUI : Veuillez fournir des détails sur l'emplacement, la distance entre le site de l'usine PSA future, l'accès et si elle est assez grande. |                          |                                                |
| Y a-t-il d'autres besoins en programmation?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Toilette                                       |
|                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Bureau                                         |
|                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Entreposage (pièces de rechange, outils, etc.) |
|                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Salle solaire/électrique                       |
|                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Autre                                          |
| Commentaires                                                                                                                                   |                          |                                                |

| Ressources humaines                                                                                                                                |                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| Y a-t-il du personnel existant à l'hôpital ou à l'établissement qui possède les compétences et la capacité nécessaires pour exploiter l'usine PSA? | <input type="checkbox"/> | Non |
|                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Oui |
| Si OUI: Énumérez leurs noms, postes et coordonnées Prenez note de leur niveau d'expérience.                                                        |                          |     |
| Si NON: Décrivez les besoins potentiels en personnel                                                                                               |                          |     |

| Autres établissements de santé                                                                    |                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Quel est le nombre de lits qui seront desservis par cette usine d'oxygène?                        | Hôpital/établissement hôte: |                  |
|                                                                                                   | Nombre total de lits:       |                  |
| Veuillez indiquer le nombre de lits pour les différents types en utilisant le tableau ci-dessous. |                             |                  |
| Service                                                                                           | Nombre de lits              | Prises d'oxygène |
| Urgence                                                                                           |                             |                  |
| Maternité                                                                                         |                             |                  |
| Préop./unité d'anesthésie postopératoire                                                          |                             |                  |
| Unité de soins intensifs néonataux                                                                |                             |                  |
| Unité de soins intensifs pédiatriques                                                             |                             |                  |
| Soins intensifs généraux                                                                          |                             |                  |
| Unité de forte dépendance                                                                         |                             |                  |
| Adultes généraux                                                                                  |                             |                  |
| Pédiatrie générale                                                                                |                             |                  |
| TB                                                                                                |                             |                  |
| COVID-19                                                                                          |                             |                  |
| Autre:                                                                                            |                             |                  |
| Nombre de salles d'opération:                                                                     |                             |                  |

| Autres établissements de santé                                                                    |                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Quel est le nombre de lits qui seront desservis par cette usine d'oxygène?                        | Hôpital/établissement hôte: |                  |
|                                                                                                   | Nombre total de lits:       |                  |
| Veuillez indiquer le nombre de lits pour les différents types en utilisant le tableau ci-dessous. |                             |                  |
| Aile                                                                                              | Nombre de lits              | Prises d'oxygène |
| Urgence                                                                                           |                             |                  |
| Maternité                                                                                         |                             |                  |
| Préop./unité d'anesthésie postopératoire                                                          |                             |                  |
| Unité de soins intensifs néonataux                                                                |                             |                  |
| Unité de soins intensifs pédiatriques                                                             |                             |                  |
| Soins intensifs généraux                                                                          |                             |                  |
| Unité de forte dépendance                                                                         |                             |                  |
| Adultes généraux                                                                                  |                             |                  |
| Pédiatrie générale                                                                                |                             |                  |
| TB                                                                                                |                             |                  |
| COVID-19                                                                                          |                             |                  |
| Autre:                                                                                            |                             |                  |
| Nombre de salles d'opération:                                                                     |                             |                  |