|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROFESSIONNELS DE SANTE | | | | | | | | | | | |
| Clients habilités | **Établissements de santé avec PUI (Pharmacie à Usage intérieur)** | | **Dispensateurs d’O2 à domicile (SARD…)** | | **Médecin** | | | **Dentiste** | | | **Vétérinaire** |
| Informations administratives | Nom du pharmacien responsable  **+ Carte de professionnel de santé en cours** | | **Nom du Responsable (Kbis…)** | | Nom du médecin  **+ Carte de professionnel de santé en cours** | | | Nom du dentiste  **+ Carte de professionnel de santé en cours**  **Attestation formation Meopac**  **Attestation formation 1ers secours < 5 ans** | | | Nom du vétérinaire  **+ Carte de professionnel de santé en cours**  **Ou** **diplôme** |
| Gaz médicaux concernés | Tous gaz, toutes formes | | B5 ou B20 O2 d’oxygène médicinal  et O2 liquide | | B5 d’oxygène médicinal  Meopac B5 | | | B5 d’oxygène médicinal  Meopac B5 si formation et attestation 1ers secours | | | B5 ou B20 O2 d’oxygène médicinal  Azote liquide |
| ASSISTANCE SANITAIRE ET PREMIERS SECOURS | | | | | | | | | | | |
| Clients habilités | **Société d’assistance sanitaire** | **Ambulance** | | | | | **Infirmerie** | | | **Pompiers et Sécurité civile** | |
| Informations administratives  À TRANSMETTRE | Nom du pharmacien ou médecin responsable  **+ Carte de professionnel de santé en cours ou Dotation médicale / Bon de commande** | Nom du Responsable  **+ Certificat de capacité d’ambulancier** | | | | | Nom du responsable de l’infirmerie  **+ Diplôme d’État d’infirmier**  **Ou Dotation médicale/ Bon de commande** | | | Nom du professionnel de santé responsable  **+ Carte de professionnel de santé en cours**  **Ou Dotation médicale/ Bon de commande** | |
| Gaz médicaux concernés | B5 d’oxygène médicinal | B5 et B20 d’oxygène médicinal | | | | | B5 d’oxygène médicinal | | | B5 et B20 d’oxygène médicinal | |
| STRUCTURES NON PHARMACEUTIQUE SOUMISES A OBLIGATION DE DETENTION D’OXYGENE MEDICAL  (R5124-45 CSP) | | | | | | | | | | | |
| Clients habilités | **Mairie (plage)** | | | **Piscine publique** | | **Navires Armateur de pêche** | | | **Club de plongée et Instructeurs de plongée** | | |
| Informations administratives | Nom du Responsable  + Diplôme de secouriste/ **sauveteur**  Ou **Dotation médicale** **ou Bon de commande** | | | Nom du Responsable de la piscine  **+ Brevet National de maitre-nageur**  Ou **Dotation médicale / Bon de commande** | | **Nom de l’armateur (ou du capitaine)**  **+ Nom du navire**  **Ou Dotation médicale** **/ Bon de commande** | | | Nom du Responsable de la structure  **+ Diplôme de moniteur de plongée** ou **Brevet d’état de plongeur** | | |
| Gaz médicaux concernés | B5 d’oxygène médicinal | | | B5 d’oxygène médicinal | | B5 d’oxygène médicinal | | | B5 ou B50 d’oxygène médicinal | | |