

Démarche : Dispositif d'information pour Patient à Haut Risque Vital- gestion des coupures de courant électrique

Organisme : Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Recensement des patients dont la situation médicale particulière nécessite la mise en oeuvre d'un service d'information particulier de la part du réseau de distribution d'électricité en cas de menace sur l'approvisionnement en électricité.

Identité du patient demandeur

Nature de la demande

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Première demande

☐ Renouvellement

Qui dépose cette demande ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Le patient ou son représentant légal

☐ Une association ou autre structure pour le compte du patient

Le demandeur est :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique (=titulaire du contrat de fourniture d'électricité)

☐ n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique (=n 'est pas titulaire du contrat de fourniture d'électricité)

NOM du patient demandeur

Prénom du patient demandeur

Numéro de votre département"

Adresse postale

Adresse électronique

Numéro de téléphone (ligne fixe ou portable)

Il est préférable de mentionner 2 numéros de téléphone (1 fixe et 1 portable ou 2 portables) afin de maximiser la possibilité de vous joindre en cas de difficulté sur les réseaux

Numéro de téléphone complémentaire si vous le souhaitez (conseillé!)

Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique, complétez les champs suivants :

Prénom de l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

NOM de l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Adresse de l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Adresse électronique

Téléphone

Si la demande est présentée par une association

Nom de l'association

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

Adresse électronique

Recueil d'informations complémentaires sur le patient

Date de naissance

Nom du médecin traitant ou spécialiste/service hospitalier qui vous a prescrit l'appareillage

Coordonnées de ce médecin ou service : numéro de téléphone et/ ou courriel, adresse postale à défaut

Pathologie(s) à l'origine de la demande (avec critère de sévérité éventuel)

Nature de votre appareillage d'assistance électrique vitale (cocher la case)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Ventilation non invasive (VNI) pour APNEE du SOMMEIL
- ☐ Respirateur avec ventilation sur canule de trachéotomie
- ☐ Respirateur avec ventilation non invasive (VNI)
- ☐ Oxygénothérapie avec concentrateur d'oxygène et/ou bouteille d'oxygène
- ☐ Nutrition parentérale
- ☐ Autre

Si autre, précisez ici la nature de votre appareillage

Nombre d'heures d'utilisation en journée

Nombre d'heures d'utilisation de nuit

Nom et numéro de téléphone et/ ou courriel de la société de maintenance de votre appareillage

Hospitalisation à domicile

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Oui

☐ Non

Nom de l'organisme, contact et fréquence de passage

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Certificat médical établi par votre médecin

en format pdf ou en photo

Engagements

En validant ce formulaire, je sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.

Je joins un certificat médical à l'appui de la demande.

Je m'engage à signaler à l'ARS tout changement modifiant cette demande et déclare sur l'honneur que les renseignements ci-avant décrits sont exacts. Je suis informé du fait qu'en cas de validation de cette demande, celle-ci ne sera valable que pendant 1 an. Je consens à ce que l'ARS en prévision d'une coupure d'approvisionnement en électricité, envoie les informations me concernant au SAMU.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non