

demarche.numerique.gouv.fr

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) 7 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

Dispositif d'information pour Patient à Haut Risque Vital- gestion des coupures de c	ourant éle:
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 de maximise possibilité de vous joindre en cas de difficulté sur les réseaux	er la
Numéro de téléphone complémentaire si vous le souhaitez (conseillé!)	
, and the second	
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	
and the state of t	
Adresse électronique	
Γéléphone	
relephone	
Si la demande est présentée par une association	
Nom de l'association	
Nom de l'interlocuteur	
Téléphone	
Téléphone	

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

Dispositif d'information pour Patient à Haut Risque Vital- gestion des coupures de courant élect
Non
Nors de lle recuience contect et fréquence de masser
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