**PHRV - RECUEIL D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

|  |
| --- |
| Ce questionnaire est à renseigner en complément* **du Cerfa 10401\*02** « Demande d’information particulière en cas de coupure de courant électrique »
* **et du Cerfa 10402\*02** « Certificat médical - Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique »

Les documents sont à renvoyer avec la **mention « secret médical »** sur l’enveloppe à :ARS GRAND ESTDQPI - Service Veille SanitaireCS 8007154036 NANCY Cedex |

|  |  | **Réponses** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- |
| **0** | **Nom / Prénom** |   |  |
| **1** | **Adresse (rue, n°, commune, code postal)** |   |  |
| **2** | **Numéro de téléphone / fixe – mobile** |   | 1 fixe et 1 mobile si possibleCe numéro de téléphone doit répondre aux appels de l’ARS |
| **3** | **Etes-vous équipé d’un respirateur ou d’une nutrition parentérale ou d’un autre dispositif ? (attention ne pas confondre respirateur et concentrateur : voir note)** | * Respirateur
* Nutrition parentérale
* Autre
 |  |
| **4** | **Si respirateur : précisez combien d’heures il est utilisé par jour** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ heures / 24 |  |
| **5** | **Si respirateur ou nutrition parentérale : disposez-vous d’une batterie de secours d’autonomie de plus de 2 h ?**  | * Oui
* Non
 | * si le patient dispose d’un respirateur ou d’une nutrition parentérale, **poursuivre ligne 9**
* en cas contraire, **poursuivre ligne 6**
 |
| **6** | **Si autre matériel ? précisez lequel** | * concentrateur sur secteur (génère de l'O2 à partir de l'air de la pièce)
* oxygénothérapie mobile sur batterie rechargeable
* générateur d’O2 sur bouteilles et secteur
* VNI ventilation non invasive pour APNEE du SOMMEIL
* autre appareil d'apnée du sommeil
* autre (préciser)
 |  |
| **7** | **Si autre matériel branché sur le secteur : disposez-vous d’une batterie de secours ou d’un appareil mobile d’autonomie >2h ?**  | * Oui
* Non
 |  |
| **8** | **En cas d’oxygénothérapie : disposez-vous d’une bouteille d’oxygène de secours d’autonomie > 2h ?**  | * Oui
* Non
 |  |
| **9** | **Avec les moyens dont vous disposez, combien d'heures pouvez-vous tenir sans électricité ?** | * Moins de une heure
* Entre une et deux heures
* Plus de deux heures
 |  |
| **10** | **Disposez-vous d’une autre solution en cas de coupure ? (déplacement chez un proche…)** | * Oui
* Non
 |  |
| **11** | **Disposez-vous d’un tiers aidant au domicile**? **ou êtes-vous pris en charge par un service d’HAD ?**Si oui, demander son téléphone | * Oui
* Non
* Hospitalisation à Domicile
 | Coordonnées du tiers intervenant : Nom : Prénom :Téléphone :Fonction :  |