**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 EST  DQPI - Service Veille Sanitaire  CS 80071  54036 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 possible  Ce 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 : |