Destinataires in fine :

- Monsieur le Haut-commissaire de la République en Polynésie française
- Messieurs les maires des communes de la Polynésie française
- Madame la directrice du Centre hospitalier de la Polynésie française
- Madame la directrice de la santé
- Monsieur le directeur du service de l'énergie
- Monsieur le directeur de la SA Clinique Cardella
- Monsieur le directeur de la SAS Polyclinique de Paofai
- Monsieur le directeur du Centre médical de Mamao
- Monsieur le gérant de la SARL Seprodom Polynésie
- Madame la gérante de la SARL Pacific Care Polynésie
- Monsieur le gérant de la SAS Isis Polynésie
- Madame la directrice de la Société GAZPAC Tahiti
- Monsieur le Président de l'association APAIR APURAD
- Monsieur le Président Directeur Général d'EDT Engie
- Monsieur le Président du Conseil de l'ordre des médecins de la Polynésie française
- Madame la Présidente du Conseil de l'ordre des sages-femmes de la Polynésie française
- Monsieur le Président du Conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française
- Monsieur le Président du de l'ordre des infirmiers de Polynésie française
- Monsieur le Président du Syndicat des médecins de Polynésie française
- Madame la Présidente du Syndicat des sages-femmes de la Polynésie française
- Madame la Présidente du Syndicat des pharmaciens de la Polynésie française
- Madame la Présidente du Syndicat des pharmaciens des îles de Tahiti
- Monsieur le Président du Syndicat des infirmiers libéraux de Polynésie française
- Monsieur le Président du Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs de la Polynésie française

POLYNESIE FRANÇAISE

MINISTERE
DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION,
en charge de la protection sociale généralisée

Le Ministre

N° 521 / MSP

Papeete, le 13 AVR. 2020

Affaire suivie par :
ARASS

à

Destinataires in fine

Objet : Procédure d'élaboration et de suivi de la liste des patients à haut risque vital (PHRV) en Polynésie française.

P. J. : Fiche de procédure
Annexe à la fiche de procédure - Notice d'utilisation

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint une fiche relative à la procédure de mise en prise en charge des patients à haut risque vital (PHRV) élaborée par l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS)

Cette procédure a pour objet l'identification et le suivi des PHRV en toutes circonstances.

Je vous remercie de l'attention toute particulière que vous porterez à la mise en œuvre de cette procédure.

Vous voudrez bien tenir informée l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer à cette occasion.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma parfaite considération.

GOUVERNEMENT
Le Ministre de la santé et de la prévention
Polynésie française

Jacques RAYNAL

B.P. 2551, 98713 Papeete - TAHITI, Polynésie française - Rue des Poilus Tahitiens, à l'étage de la Direction de la santé
Tél. : 40 46 00 92 - Fax. : 40 46 00 14 - secretariat@sante.min.gov.pf

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES PHRV

La présente procédure s'effectue dans le strict respect du secret médical et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle qu'applicable en Polynésie française.

Date d'application : Immédiate

Objectif principal : S'assurer de l'identification et du suivi des PHRV en Polynésie française, en toutes circonstances et notamment dans le cadre d'une situation sanitaire et exceptionnelle, telle que celle liée au Covid-19 (coronavirus)

Objectifs secondaires : S'assurer, le cas échéant, que les PHRV bénéficient d'une prise en charge adaptée à leur état de santé

Public concerné :

- Les patients correspondant à l'une des catégories suivantes :
  - Pathologie respiratoire d'origine neuromusculaire ou hypoxémiante, et à potentiel d'obstruction trachéo-bronchique nécessitant des broncho-aspirations. Durée supportable d'interruption de l'oxygénothérapie ≤ 4h,
  - Enfant bénéficiant de nutrition parentérale,
  - Diabète insulinodépendant à la pompe, sans prescription de traitement de substitution,
  - Dialyse à domicile,
  - Patients dépendant de l'administration continue d'un traitement contre l'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAPP) ;
- Toute personne assurant la prise en charge thérapeutique des PHRV.
- Les médecins inspecteurs de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ;
- Les services de distribution d'électricité.

Au-delà de l'identification des PHRV en cas de coupure de courant électrique, le recensement de ces patients d'une particulière vulnérabilité permet un suivi et une prise en charge en toutes circonstances et notamment dans le cadre d'une situation sanitaire et exceptionnelle telle que celle liée au Covid-19 (coronavirus).

L'annexe à la présente procédure comprend un dossier, intitulé « Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique », composé des documents suivants :

- 1ère page (recto/verso) : notice d'utilisation et information relative au recueil des données personnelles ;
- 2ème à la 6ème page (recto) : formulaire composé de cinq (5) pages ;
- 7ème page (recto/verso) : certificat médical type et liste des catégories de patients à haut risque vital.

Le dossier est accessible en ligne sur le site internet de l'ARASS :
https://www.service-public.pf/arass/

Le patient ou son représentant légal

- Retire un dossier « Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique » soit auprès de toute personne assurant sa prise en charge thérapeutique, soit sur le site internet de l'ARASS, soit directement auprès de l'ARASS, soit auprès de son distributeur d'électricité ;
- Remplit et signe les cinq (5) pages du formulaire du dossier, seul, ou avec l'aide de toute personne assurant sa prise en charge thérapeutique ;
- Fait remplir le certificat médical type par son médecin traitant ou son médecin référent ;
- Adresse **uniquement par courrier postal**, le formulaire (5 pages) accompagné du certificat médical **au médecin inspecteur de l'ARASS**, dans une **enveloppe fermée** sur laquelle est écrit lisiblement la mention « **Secret médical** » ;
- Réitère cette démarche au bout de 12 mois.

Toute personne assurant la prise en charge thérapeutique des patients à haut risque vital

(oxygénothérapie, dialyse à domicile, traitements au long court à domicile, etc.)

- Informe ses patients ou leurs représentants légaux de l'existence du dispositif PHRV. Ce dispositif leur permet de bénéficier d'une information particulière en cas de coupure de courant électrique et de s'assurer de leur prise en charge en toutes circonstances, notamment en cas de cyclone, de black out ou de situation sanitaire exceptionnelle, en lien avec le Haut-commissariat de la République en Polynésie française ;
- Précise que le service distributeur d'électricité ne s'engage pas à maintenir la fourniture d'énergie en cas d'incident affectant le réseau électrique ;
- Met à disposition le dossier « Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique » et aide à son remplissage ;
- Propose au patient la transmission **uniquement par courrier postal** du formulaire (5 pages) accompagné du certificat médical **au médecin inspecteur de l'ARASS** à l'aide d'une **enveloppe fermée** sur laquelle est écrit lisiblement la mention « **Secret médical** » ;
- Réitère cette démarche tous les 12 mois pour chacun de ses patients concernés.

Le médecin inspecteur de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS)

- Met à jour les catégories de patients concernés ;
- Instruit les dossiers de « Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique », en lien avec le médecin traitant ou le médecin référent signataire du certificat médical ;
- Archive la page 1 du formulaire et le certificat médical dans le respect du secret médical ;
- Transmet la notification de décision au patient (mention « accord » ou « refus ») en lui adressant par courrier postal la page 2 du formulaire ;

- Transmet la notification de décision au distributeur d'électricité en cas d'accord, en lui adressant par courrier postal les pages 3 et 4 du formulaire ;
- Actualise le fichier Excel de suivi des PHRV ;
- Transmet le fichier Excel de suivi des PHRV, à l'exclusion des données médicales, au distributeur d'électricité, **par tout moyen sécurisé** avec une protection par mot de passe régulièrement actualisé, dès sa mise à jour et annuellement au début de la saison cyclonique ;
- Utilise le fichier Excel PHRV dans le respect du secret médical, à la demande du Haut-commissaire de la République en Polynésie française, dans le cadre des plans ORSEC (plans cyclone et électro secours notamment).

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune...)

- Informe ses abonnés de l'existence du dispositif PHRV. Ce dispositif leur permet de bénéficier d'une information particulière en cas de coupure de courant électrique et de bénéficier, le cas échéant, d'une prise en charge adaptée à leur état, notamment en cas de cyclone ou de black out ou de situation sanitaire exceptionnelle, en lien avec le Haut-commissariat de la République en Polynésie française. Ce dispositif n'engage pas le service distributeur d'électricité à maintenir la fourniture d'énergie en cas d'incident affectant le réseau électrique ;
- Met à disposition des dossiers de « Demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique » ;
- Réceptionne les notifications de décision d'accord des PHRV (pages 3 et 4 du formulaire) adressées par le médecin inspecteur de l'ARASS ;
- Remplit intégralement la partie : « Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande » des pages 3 et 4 du formulaire ;
- Transmet la page 3 du formulaire par courrier postal au médecin inspecteur de l'ARASS ;
- Transmet la page 4 du formulaire par courrier postal à l'abonné ;
- Réceptionne le fichier Excel de suivi des PHRV, transmis par le médecin inspecteur de l'ARASS, **à l'exclusion des données médicales, par un moyen sécurisé** avec une protection par mot de passe régulièrement actualisé ;
- Assure l'archivage sécurisé du fichier Excel de suivi des PHRV et sa mise à jour régulière, en lien avec le médecin inspecteur de l'ARASS, a minima annuellement au début de la saison cyclonique.

Protection des données personnelles

Toutes les données à caractère personnel collectées par l'ARASS directement auprès des patients font l'objet d'un traitement automatisé. Ce traitement a pour finalité de gérer les demandes d'inscription au dispositif d'information particulière en cas de coupure d'électricité et s'inscrit dans l'accomplissement des missions de service public de la Polynésie française relatives à la santé.

Sont collectées l'identité du patient demandeur, ses coordonnées, les références de son abonnement à un service de distribution d'électricité, ainsi que ses données médicales strictement nécessaires à l'instruction de sa demande. Les données à renseigner dans le formulaire sont, à ce titre, obligatoires. A défaut, la demande ne peut pas être traitée.

Les données personnelles sont à destination de l'ARASS ainsi que du distributeur d'électricité auprès duquel le patient a souscrit un abonnement et seront conservées le temps de l'inscription au bénéfice de ce dispositif.

Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, la personne bénéficiant du dispositif dispose des droits suivants sur ses données : droit d'accès, droit de rectification, droit à la limitation, et sous certaines conditions, droit d'opposition pour des raisons tenant à sa situation particulière et droit d'effacement, que la personne exerce en justifiant de son identité auprès du médecin inspecteur de l'ARASS.

Elle peut aussi introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) www.cnil.fr, sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus.

Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, la personne peut contacter la Déléguée à la Protection des Données (DPD).

Coordonnées des services concernés de la Polynésie française

Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS)
B.P. 2551, 98713 Papeete, Tahiti
63, rue du commandant Destremau, Immeuble LO, face au temple protestant de Paofai
Tél. : (689) 40 48 82 35 - Fax. : (689) 40 48 82 43 - Courriel : secretariat@arass.gov.pf

Déléguée à la Protection des Données (DPD)
DPO
Service de l'informatique
BP 4574, 98713 Papeete, Tahiti
Courriel : dpo@informatique.gov.pf

NOTICE D'UTILISATION

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE ÉLECTRIQUE

NB: par extension, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, l'inscription sur cette liste permet également de bénéficier d'une information particulière afin de s'assurer que le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée

Ce formulaire est composé d'une liasse de 6 pages: **5 pages + un certificat médical**

1 Écrivez **lisiblement** sur les pages **1 à 5**

Dans le cadre **LE DEMANDEUR** situé sous le titre, indiquez s'il s'agit du patient lui-même ou d'un représentant légal.

La première rubrique du formulaire, **en grisé**, est destinée aux services administratifs et n'est pas à remplir.

Dans la rubrique **LE PATIENT** après les coordonnées du patient, indiquez celles de la personne assurant la prise en charge thérapeutique du patient présentant la demande si c'est le cas.

Dans la rubrique **L'ABONNÉ**, indiquez avec précision ses coordonnées si elles sont différentes de celles du patient.

Dans la rubrique **LA DEMANDE**, reportez votre nom, et signez dans la rubrique **LA SIGNATURE**.

2 Détachez et **conservez** la page **5**.

3 Faites remplir le **certificat médical** de la dernière page, par votre médecin traitant ou par votre médecin référent

4 **Envoyez <u>UNIQUEMENT PAR VOIE POSTALE</u> :**

– Les **4 premières pages** de la liasse.
– Le **certificat médical** établi par un médecin.

Dans une enveloppe **fermée** sur laquelle vous indiquez « **SECRET MÉDICAL** »

au **Médecin Inspecteur de l'ARASS**
B.P. 2551
63, rue du Commandant Destremau, Immeuble LO, face au Temple Protestant de Paofai
98713 Papeete, TAHITI

5 Vous **recevrez, dans un délai d'un mois,** une **notification de décision** qui contiendra l'accord ou le refus du Médecin Inspecteur.

Si vous obtenez un **accord**, vous pourrez bénéficier, **à partir de la date de prise en compte** par le distributeur, d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique. De plus, ce dispositif vous permet d'être identifiée comme personne particulièrement vulnérable et de bénéficier d'une prise en charge particulière notamment en cas de cyclone, de black out ou de situation sanitaire exceptionnelle.

Cette date figurera dans le courrier que vous adressera, le responsable du service de distribution d'électricité ayant pris en compte votre demande.

IMPORTANT
Le bénéfice de ce service d'information particulière étant accordé pour une durée **d'un an**, il vous appartiendra, le cas échéant, de renouveler votre demande en temps opportun auprès de l'ARASS

INFORMATION RELATIVE AUX DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Vos données à caractère personnel collectées par l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé. Ce traitement a pour finalité de gérer votre demande d'inscription au **Dispositif d'information particulière en cas de coupure d'électricité** et s'inscrit dans l'accomplissement des missions de service public de la Polynésie française relatives à la santé.

Sont collectées votre identité, vos coordonnées, les références de votre abonnement à un service de distribution d'électricité, ainsi que les données médicales strictement nécessaires à l'instruction de votre demande. Les données à renseigner dans le présent formulaire sont à ce titre obligatoires. A défaut, votre demande ne peut pas être traitée.
Vos données personnelles sont à destination de l'ARASS ainsi que du distributeur d'électricité auprès duquel vous avez souscrit un abonnement et seront conservées le temps de votre inscription au bénéfice de ce dispositif.
Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à la limitation, et sous certaines conditions, droit d'opposition pour des raisons tenant à votre situation particulière et droit d'effacement, que vous pouvez exercer en justifiant de votre identité auprès du médecin inspecteur de l'ARASS B.P. 2551, 98713 Papeete, Tahiti - secretariat@arass.gov.pf

Vous pouvez aussi introduire une réclamation auprès de la CNIL www.cnil.fr, sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus.

Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, vous pouvez contacter la Déléguée à la Protection des Données (DPD) aux adresses suivantes : DPO Service de l'informatique BP 4574

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:
LE PATIENT ☐
SON REPRÉSENTANT LÉGAL ☐

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale : Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

☐ Première demande
☐ Renouvellement

☐ Accord
☐ Refus

Date de réception

Date de notification

Nom du Médecin Inspecteur

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	signature
E mail	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A **LE PATIENT** demandeur	B **L'ABONNÉ** au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone

Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M 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 déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.
Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.
* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:
LE PATIENT ☐
SON REPRÉSENTANT LÉGAL ☐

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

☐ Première demande
☐ Renouvellement

☐ Accord
☐ Refus

Date de réception

Date de notification

Nom du Médecin Inspecteur

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	signature
E mail	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A **LE PATIENT** demandeur	B **L'ABONNÉ** au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone
Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M 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 déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.
Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conserver la page **5** et adresser les **autres pages** à l 'ARASS avec le **certificat médical**

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'O te Ea 'e te Turuuta'a

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:
LE PATIENT ☐
SON REPRÉSENTANT LÉGAL ☐

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

☐ Première demande
☐ Renouvellement

☐ Accord
☐ Refus

Date de réception

Date de notification

Nom du Médecin Inspecteur

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	signature
E mail	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A **LE PATIENT** demandeur	**B** **L'ABONNÉ** au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone

Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M 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 déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.
Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:
LE PATIENT ☐
SON REPRÉSENTANT LÉGAL ☐

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

☐ Première demande
☐ Renouvellement

☐ Accord
☐ Refus

Date de réception

Date de notification

Nom du Médecin Inspecteur

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	signature
E mail	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A **LE PATIENT** demandeur	B **L'ABONNÉ** au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone

Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M 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 déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.
Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conserver la page **5** et adresser les **autres pages** à l 'ARASS avec le **certificat médical**

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:
LE PATIENT ☐
SON REPRÉSENTANT LÉGAL ☐

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

☐ Première demande
☐ Renouvellement

Date de réception

Nom du Médecin Inspecteur

signature

☐ Accord
☐ Refus

Date de notification

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	signature
E mail	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A **LE PATIENT** demandeur	B **L'ABONNÉ** au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Prénoms Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone

Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M 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 déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.
Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'O te Ea 'e te Turuuta'a
Tél. : 40 48 82 35

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur	***Nom*** _____ ***Prénom*** _____
Certifie que :	
☐ Monsieur ☐ Madame	***Nom*** _____ ***Prénoms*** _____

relève d'une des cinq catégories de patients à haut risque vital retenues par l'Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale.

Cochez dessous la case correspondant au cas de votre patient

☐ Pathologie respiratoire d'origine neuromusculaire ou hypoxémiante, ou à potentiel d'obstruction trachéo-bronchique nécessitant des broncho-aspirations. Durée supportable d'interruption de l'oxygénothérapie ≤ 4h

☐ Enfant bénéficiant de nutrition parentérale.

☐ Diabète insulinodépendant à la pompe, sans prescription de traitement de substitution.

☐ Dialyse à domicile

☐ Patients dépendant de l'administration continue d'un traitement contre l'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAPP).

J'ai informé ☐ le malade ou ☐ son représentant légal que le service distributeur ne s'engage pas à maintenir la fourniture d'énergie en cas d'incident affectant le réseau électrique.
J'ai insisté sur la nécessité vitale pour le malade de se doter d'un appareil qui dispose d'une source autonome d'électricité assurant son fonctionnement en cas d'interruption de courant.

A _____

Le _____

Signature

Cachet (indispensable)

Ce document est couvert par le secret médical et doit être conservé par le Médecin Inspecteur de l'ARASS

CATÉGORIES DE PATIENTS À HAUT RISQUE VITAL

Retenues par l'Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale
pouvant obtenir des conditions particulières d'information
***en cas de coupure de courant** électrique.*

- Pathologie respiratoire d'origine neuromusculaire ou hypoxémiante, et à potentiel d'obstruction trachéo-bronchique nécessitant des broncho-aspirations. Durée supportable d'interruption de l'oxygénothérapie ≤ 4h
- Enfant bénéficiant de nutrition parentérale
- Diabète insulinodépendant à la pompe, sans prescription de traitement de substitution
- Dialyse à domicile
- Patients dépendant de l'administration continue d'un traitement contre l'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAPP).

Médecins et patients,
Nous attirons votre attention sur la nécessité de réduire strictement
ces demandes de conditions particulières d'information
aux seuls malades à haut risque vital,
afin d'assurer l'efficacité maximale de ces mesures.