



DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIERE ET CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DONNÉES

EN CAS DE COUPURE DE COURANT ELECTRIQUE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur Nom
Prénom

Prénom

certifie que :

Monsieur Madame

Nom

Prénom

relève d'une des six catégories de patients retenues par l'Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale. *Cochez ci-dessous la case correspondant au cas de votre patient :*

Patient sous oxygénothérapie à court terme

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 $\leq 4h$

Enfant bénéficiant de nutrition parentérale.

Diabète insulino-dépendant à la pompe, sans prescription de traitement de substitution.

Dialyse à domicile

Patient 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 ;
- que le partage de ses données nécessaires à l'organisation des secours en cas de coupure de courant électrique et en tant que de besoin nécessite son consentement préalable.

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.

à

le

Signature et Cachet