



NOTICE D'UTILISATION

DEMANDE D'INFORMATION et CONSENTEMENT AU PARTAGE DE VOS DONNÉES EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE POUR LES PATIENTS A HAUT RISQUE VITAL (PHRV)

Ce dossier est composé d'une notice (page 1), du formulaire (page 2), du certificat médical (page 3) et d'une mention spécifique sur les données personnelles (page 4)

LE FORMULAIRE

(version février 2023)

- ① Précisez si le **DEMANDEUR** est le patient lui-même ou son représentant légal : case à cocher.
- ② Remplissez la rubrique « **LE PATIENT** ». Mention « Référence technique » Obligatoire.
- ③ Remplissez la rubrique « **L'ABONNE** » uniquement si les données sont différentes de celles du patient.
- ④ Précisez quel est **LE PRESTATAIRE** délivrant le matériel à domicile : case à cocher.
- ⑤ Dans la rubrique « **LA DEMANDE D'INFORMATION** », reportez votre nom et prénom. Cela vous permettra de recevoir une information particulière et personnelle de votre distributeur d'électricité (EDT, votre commune en régie ou autre) en cas de coupure électrique.
- ⑥ **LE CONSENTEMENT AU PARTAGE DE VOS DONNEES.**
Ce consentement permet, en cas de coupure d'électricité et en tant que de besoin, d'organiser les secours de manière plus rapide et plus efficace.
Pour cela, l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) doit partager vos données avec les services qui collaborent à l'organisation des secours :
 - le SAMU ;
 - la direction de la protection civile ;
 - les services de secours des communes (pompiers) ;
 - le distributeur d'électricité : EDT, commune en régie ou autre ;
 - et les prestataires de santé qui vous ont installé ou retiré le matériel à domicile.Vous êtes invités à donner votre consentement en cochant la case OUI. Vous êtes libres de refuser cette communication de vos données ou de retirer votre consentement à tout moment.
- ⑦ **Dater et signer votre formulaire.**

LE CERTIFICAT MÉDICAL

- ⑧ Faites remplir le **CERTIFICAT MÉDICAL** par votre médecin : 3^{ème} page.

L'ENVOI DE VOTRE DOSSIER

- ⑨ **Envoyez votre dossier complet** = le formulaire rempli, daté et signé, ET le certificat médical
 - par voie postale, dans une enveloppe sur laquelle vous indiquez « secret médical », à l'adresse :
Médecin Inspecteur de l'ARASS, BP. 2551 - 98 713 Papeete ; 63, rue du Commandant Destremau Papeete, TAHITI
 - ou par mail : phrv.arass@administartion.gov.pf
 - ou en le déposant directement à l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :
Immeuble LO, 2^o étage, face au Temple Protestant de Paofai, Papeete, Tahiti
- ⑩ Vous recevrez, dans un délai d'un mois, une **notification de décision** qui contiendra l'accord ou le refus du Médecin de l'ARASS. Si vous obtenez un accord, vous pourrez bénéficier en cas de coupure de courant électrique :
 - d'une information personnelle à partir de la date de prise en compte par le distributeur ;
 - et d'une organisation facilitée des secours en tant que de besoin.NB : concernant les patients à haut risque vital : le bénéfice de ces deux dispositifs étant accordé pour une durée d'un an, il vous appartiendra, le cas échéant, de renouveler votre demande.



**FORMULAIRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE :
DEMANDE D'INFORMATION et CONSENTEMENT AU PARTAGE DE VOS DONNÉES**

Le demandeur est : Le patient Son représentant légal (Cochez la case)

LE PATIENT	L'ABONNE au service de distribution d'électricité	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Date de naissance :		
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité - Mention Obligatoire)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité - Mention Obligatoire)	
Adresse postale :	Adresse postale :	
Adresse géographique :	Adresse géographique :	
E-mail :	E-mail :	
Téléphone :	Téléphone :	
LE PRESTATAIRE délivrant le matériel à domicile : (Cochez la case)		
<input type="checkbox"/> APAIR - APURAD	<input type="checkbox"/> ISIS - Polynésie	<input type="checkbox"/> SMP Polynésie
<input type="checkbox"/> PACIFIC CARE	<input type="checkbox"/> autres : à préciser.....	<input type="checkbox"/> PHARMACIE Bora

LA DEMANDE D'INFORMATION Je sollicite le bénéfice d'une information personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée ci-dessus dans la rubrique « L'ABONNE ». Je joins un certificat médical à l'appui de la demande.	
LE CONSENTEMENT AU PARTAGE DE VOS DONNÉES POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SECOURS. Indiquez si vous autorisez : - l'ARASS à communiquer à la Direction de la protection civile du Haut-Commissariat, aux services de secours de votre commune (pompiers) et au distributeur d'électricité (EDT, commune en régie ou autre), votre adresse géographique pour l'organisation des secours généraux. - le médecin de l'ARASS à communiquer au médecin du SAMU votre identité, vos coordonnées et le type de matériel que vous utilisez pour l'organisation des secours médicaux. - le prestataire de santé à communiquer au médecin de l'ARASS le type de votre matériel installé à domicile et son retrait.	(Cochez la case) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je déclare sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts. Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande. Fait à _____, le _____	Signature

Cadre réservé à l'ARASS		
Date de réception :	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Renouvellement	Nom et signature du médecin de l'ARASS
Date de notification :	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus	

Cadre réservé au service de distribution d'électricité prenant en compte la demande		
Raison sociale :	Date de prise en charge :	Signature
Téléphone :	Nom du responsable :	
Mail :		

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur Nom

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).

Identification du prestataire (si connu) :

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

Signature et Cachet

le

VOS DONNEES PERSONNELLES



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 PARTICULIERE EN CAS DE COUPURE DE COURANT 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.

Sous réserve de votre consentement, vos données peuvent être partagées avec les prestataires de santé qui vous ont installé le matériel, le SAMU, la direction de la protection civile et les services de secours des communes (pompiers), pour **UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SECOURS EN CAS DE COUPURE DE COURANT D'ÉLECTRICITÉ**.

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 par voie postale : BP 2551 98713 Papeete Tahiti, ou par mail : phrv.arass@administration.gov.pf. Vous pouvez également retirer votre consentement au partage de vos données avec les entités intervenant dans l'organisation des secours.

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 98713 PAPEETE - dpo@informatique.gov.pf

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