(5)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur Nom ……

Prénom ……

certifie que : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom ……

Prénom ……

Cochez ci-dessous la case correspondant au cas de votre patient :

PATIENT A HAUT RISQUE VITAL :

☐ Patient avec prescription d'oxygène > 20h/24h
ou avec prescription de ventilation type VNI > 12h/24h

☐ Enfant bénéficiant de nutrition parentérale

AUTRE :

☐ Patient sous oxygénothérapie moins de 20h par jour

☐ Patient dialysé à domicile (dialyse péritonéale automatisée ou HDDQ)

☐ Patient bénéficiant d'une nutrition parentérale

☐ Patient utilisant une seringue électrique pour perfusion médicamenteuse continue

☐ Patient utilisant un dispositif médical à alimentation électrique en continue

Durée de validité du certificat : ……..

Identification du prestataire (si connu) : …….

J'ai informé le malade (ou son représentant légal) :

– que le service fournisseur d'électricité 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 ou de situation sanitaire exceptionnelle nécessite son consentement préalable.

Avant échéance de la validité de votre certificat, la procédure doit être renouvelée.

à

Signature et Cachet du médecin

le