



FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DES PATIENTS BÉNÉFICIAIRES DE SOINS À DOMICILE NECESSITANT DES APPAREILS ÉLECTRIQUES PARTAGE DE VOS DONNÉES EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

(1) NOTICE D'UTILISATION

Ce dossier est composé d'une notice (page 1), d'une mention spécifique sur les données personnelles (page 2), d'un formulaire (page 3), d'un document destiné à l'ARASS (page 4), et d'un certificat médical (page 5)

LE FORMULAIRE (à remplir par le patient)

(version avril 2026)

Votre médecin vous a prescrit un appareillage avec des soins à domicile. Un prestataire va installer ce matériel médical électrique à votre domicile selon votre prescription médicale.

Le formulaire (3) permet de vous identifier et d'identifier le compteur électrique associé aux soins afin :

- de sécuriser votre approvisionnement en électricité par la mise en place d'une procédure d'information en cas de coupure électrique programmée ou inopinée, par votre distributeur d'électricité ;
- de prévoir une procédure adaptée à votre situation en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Pour cela, vous êtes invité à donner votre **consentement** ou non, pour que l'Agence de régulation sanitaire et sociale (ARASS) puisse communiquer :

- votre **numéro de compteur** lié aux soins à votre fournisseur d'électricité (EDT, commune en régie ou autre) afin de bénéficier d'une information dédiée en cas de coupure imprévue ou programmée ;
- votre **adresse géographique** au référent de votre commune afin que vous puissiez être identifié rapidement par le service de secours en cas de besoin ;
- vos **informations personnelles utiles** avec les prestataires de soins et les services qui collaborent à l'organisation des secours (SAMU, Direction de la protection civile du Haut-Commissariat, services de secours des communes) en cas de situation sanitaire exceptionnelle uniquement, afin d'organiser efficacement votre prise en charge.

L'unique finalité de ce partage est d'assurer votre sécurité en cas de coupure électrique en facilitant votre prise en charge et en garantissant la continuité de vos soins.

Vous êtes libres de refuser cette communication de vos données ou de retirer votre consentement à tout moment.

La prise en compte par ce formulaire de votre situation particulière est valable **pendant la durée prévue des soins**, comme indiqué sur votre ordonnance médicale, **au maximum un an. A échéance, vous devez renouveler votre identification auprès de nos services** qui renouvellera votre identification auprès du fournisseur d'électricité et de l'agent référent de votre commune.

LE CERTIFICAT MÉDICAL

Faites remplir le **CERTIFICAT MÉDICAL** (5) par votre médecin qui précisera votre situation médicale et la durée de validité du certificat.

L'ENVOI DE VOTRE DOSSIER

Envoyez votre dossier complet = le formulaire rempli, daté et signé, ET le certificat médical

- par mail : phrv.arass@administartion.gov.pf ;
- par voie postale, dans une enveloppe sur laquelle vous indiquez « secret médical », à l'adresse : Médecin de l'ARASS, BP. 2551 - 98 713 Papeete ; 63, rue du Commandant Destremau Papeete, TAHITI
- ou en le déposant directement à l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) dans une enveloppe cachetée avec la mention « secret médical » : Immeuble LO, 2^o étage, face au Temple Protestant de Paofai, Papeete, Tahiti.



(2) MENTION SPECIFIQUE SUR LES 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 du référent désigné par votre commune en charge de la question des secours. Elles seront conservées le temps de votre inscription au bénéfice de ce dispositif si vous donnez votre accord.

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 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.



(3) FORMULAIRE D'IDENTIFICATION A REMPLIR PAR LE PATIENT

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

LE PATIENT	L'ABONNE au service de distribution d'électricité si les données sont différentes de celle du patient
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 (obligatoire) : (Cochez la case)	
<input type="checkbox"/> APAIR APURAD <input type="checkbox"/> ISIS Médical Polynésie <input type="checkbox"/> SMP Polynésie	
<input type="checkbox"/> Pacific Care Polynésie <input type="checkbox"/> autres : à préciser.....	

J'autorise l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) : - à communiquer mon adresse géographique au référent de ma commune ; - à communiquer mon numéro de compteur lié aux soins à mon fournisseur d'électricité ; - à partager mes données personnelles en cas de situation sanitaire exceptionnelle avec les services qui collaborent à l'organisation des secours : le SAMU, la Direction de la protection civile du Haut-Commissariat, les services de secours des communes (pompiers) ;	(Cochez la case) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon prestataire de santé : - à communiquer au médecin de l'ARASS les informations utiles en cas de situation sanitaire exceptionnelle et lors des mises à jour.	<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



(4) FORMULAIRE RESERVE A L'ARASS

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 :		

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

Cadre réservé au service de la commune		
Commune :	Date de prise en charge : Date de fin de prise en charge :	Signature
Téléphone :	Nom du responsable :	
Mail :		

