FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DES PATIENTS BENEFICIANT DE SOINS A DOMICILE NECESSITANT DES APPAREILS ELECTRIQUES
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 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@administration.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° étage, face au Temple Protestant de Paofai, Papeete, Tahiti.