**PHRV - RECUEIL D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Adresse** |  |
| **Numéro de téléphone 1 (portable) :** |  |
| **Numéro de téléphone 2** |  |
| **Mail :** |  |
| **Catégorie du malade à haut risque vital sur le certificat\*** |  |
| **Pathologie(s) à l'origine de la demande d'inscription sur la liste** |  |
| **Autre(s) pathologie(s) éventuelles (avec critère de sévérité)** |  |
| **Type d'appareillage et mode d'alimentation** |  |
| **Conséquences d'une interruption électrique sur l'appareillage ?** |  |
| **Solution de remplacement prévue en cas de coupure ?** |  |
| **Combien d'heures pouvez-vous tenir sans électricité ?** |  |
| **Médecin traitant - préciser : nom, adresse, coordonnées téléphoniques** |  |
| **Intervenants à domicile / aidants - préciser pour chacun : nom, adresse, coordonnées téléphoniques et fréquence de passage à domicile :** | |
| Société d'oxygénothérapie / Fournisseur de l’appareillage |  |
| Infirmière |  |
| HAD |  |
| Aide à domicile |  |
| Tiers aidant formé |  |
| Autres personnes en capacité de vous apporter une aide |  |
| Possibilité de se déplacer par vos propres moyens ? *(je dispose d’un véhicule que je peux conduire ou bien un proche peut me conduire)* |  |
| **\*Catégorie du malade à haut risque vital sur le certificat :** | |
| * *Personne placée sous respirateur et ayant une autonomie respiratoire égale ou inférieure à quatre heures par jour, c'est-à-dire malade sous appareillage au moins 20 heures par jour* | |
| * *Enfant bénéficiant de nutrition parentérale* | |
| * *Autre* | |