**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*
 |