

QUESTIONNAIRE PATIENT ¹
(À remplir par le patient ou représentant légal)

Confirmation des données personnelles du demandeur

Prénom _____
Nom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____
E-mail _____

Type de logement habité

Pavillon ou appartement ? _____ En ville ou isolé ? _____
Complément adresse (Bâtiment/Escalier/Etage/Code d'accès) : _____

Situation personnelle

Vivez-vous seul(e) ? _____ Oui / Non _____
Nombre de personnes dans le foyer ? _____
Pouvez-vous vous déplacer hors de votre domicile seul(e) ? _____ Oui / Non _____

¹ Pour assurer le traitement et le suivi de votre demande d'information particulière en cas de coupure de courant électrique, l'ARS Ile-de-France procède à un traitement de vos données personnelles sur le fondement de l'article 6 c) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (règlement général sur la protection des données ou RGPD).

Les données enregistrées sont conservées pendant une durée d'un an et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : services habilités de l'ARS ainsi qu'aux services habilités du centre de distribution d'Enedis et des services d'urgence.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi informatique et libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant.

Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données.

Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au délégué à la protection des données de l'ARS par courrier à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données de l'ARS, le Curve, 12 rue du Landy, 93200, Saint-Denis ou par courriel à l'adresse : ars-idf-dpd@ars.sante.fr

Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés.

Dispositifs médicaux électriques

Types de dispositifs médicaux électriques ? _____

Avez-vous une alimentation de secours pour ces dispositifs ? Oui / Non

• De quel type (batterie/onduleur/groupe électrogène...) ? _____

• Avec quelle durée d'autonomie (< ou > 2 h) ? _____

Nom de la société qui s'occupe de vos soins à domicile ? _____

Personne de confiance / Proche aidant - 1

Lien (parenté, ...) _____

Prénom _____

Nom _____

Adresse (si différente) _____

Téléphone _____ Téléphone 2 _____

E-mail _____

Temps de trajet du proche _____

En cas de coupure électrique

Connaissez-vous le numéro spécial pour appeler Enedis ? Oui / Non

Avez-vous un téléphone qui permet de recevoir des alertes par SMS ? Oui / Non

• Si oui, lequel ? _____

• Confirmez-vous savoir l'utiliser et arriver à lire les SMS ? Oui / Non

Informations complémentaires / Remarques

Date/...../.....

Nom et signature du patient ou du représentant légal