*Document à renvoyer sous pli confidentiel (à l’attention du médecin de l’agence régionale de santé) accompagné des formulaires CERFA n°10401\*02 et CERFA n°10402\*02 (certificat médical).*

Pour accélérer le traitement de votre dossier, nous vous remercions de bien vouloir renseigner le questionnaire ci-dessous, si besoin avec l’aide de votre médecin traitant ou du spécialiste ayant prescrit votre appareillage.

|  |  |
| --- | --- |
| NOM Prénom : |  |
| Date de naissance : |  |
| Adresse :  |  |
| Numéro de téléphone 1 (portable) : |  |
| Numéro de téléphone 2 : |  |
| Email :  |  |
| NOM du médecin traitant ou spécialiste / service hospitalier qui vous a prescrit l’appareillage : |  |
| Coordonnées : |  |
| Pathologie(s) à l’origine de la demande d’information particulier (avec critère de sévérité éventuel) : |  |
| Nature de votre appareillage d’assistance électrique vitale (cocher la case) | [ ]  Assistance respiratoire par ventilation non invasive [ ]  Assistance par nutrition parentérale [ ]  Autre type d’assistance électrique vitale   ***Précisez laquelle*** *(cœur artificiel total, pompe à insuline, …) :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre d’heures d’utilisation en journée : |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_heures |
| Nombre d’heures d’utilisation de nuit : |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_heures |
| Nom et coordonnées de la société de maintenance de votre appareillage : |  |
| Hospitalisation à domicile : | [ ]  NON[ ]  OUI *Si oui, nom de l’organisme, contact et fréquence de passage :*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |