



DEMANDE D'INTERVENTION

d'un Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI)

A adresser par mail, par fax au **03 20 21 87 40** ou à l'adresse suivante :
Plateforme CMEI NPDCP – APPA – Parc Eurasanté
235 avenue de la Recherche – 59 120 LOOS
cmei-npdc@appanpc.fr / tel : 03 20 21 87 42

Le Docteur ----- Téléphone : -----

Ville/Adresse : ----- Courriel : -----

Cochez votre spécialité :

- Médecine générale Pneumologie Allergologie Dermatologie
 Médecine scolaire Pédiatrie PMI Autre (préciser) -----

Médecin traitant : -----

Souhaite que vous preniez contact avec la famille de :

Nom ----- Prénom -----

Adresse ----- Né(e) le -----

----- Téléphone -----

Contexte médical

Diagnostic médical : -----

• **Asthme ?** Oui Non Suivi par un relais local Oui Non -----

si oui : âge de début des symptômes : -----

Nombre de crises par an : ----- Facteurs favorisants et/ou déclenchant : -----

Nombre d'hospitalisation(s) pour asthme : ---

• **Rhinite ?** Oui Non • **Conjonctivite ?** Oui Non

• **Eczéma ?** Oui Non • **Infection ORL à répétition ?** Oui Non

• **Allergies connues :**

Tests cutanés	Positif	Négatif	Non réalisé	RAST significatif	
Acarions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen graminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen bouleau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez -----
Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Autres (aliments...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

• **Autres pathologies ?** -----

Autres informations que vous souhaitez nous transmettre :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique (données anonymisées, non diffusées à des tiers, pas d'utilisation commerciale). En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à l'APPA – Plateforme CMEI (Tel : 03 20 21 87 42 / cmei-npdc@appanpc.fr).

Date : **Signature**
 du patient :

Signature
du Médecin :

