



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 Hauts-de-France – APPA – Parc Eurasanté
235 avenue de la Recherche – 59 120 LOOS
cmei-hautsdefrance@appa.asso.fr / tel : 03 20 21 87 42

Le Docteur : Téléphone :

Ville/Adresse : Courriel :

Cochez votre spécialité :

Médecin hospitalier : ☐ Oui ☐ Non

☐ Médecine générale ☐ Pneumologie

☐ Allergologie

☐ ORL

☐ Pédiatrie

☐ Autre (préciser) :

Souhaitez-vous que nous prenions contact avec la famille de :

Nom : Prénom :

Adresse : Né(e) le :

Sexe : ☐ F ☐ M

..... Téléphone :

Contexte médical

Diagnostic médical :

• Asthme ? ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère // ☐ Contrôlé ☐ Non contrôlé

Nombre de crises par an :

Nombre d'hospitalisation(s) pour asthme :

Facteurs favorisants et/ou déclenchants :

• Rhinite / Conjonctivite allergique ? ☐ Oui ☐ Non

• Infection ORL à répétition ? ☐ Oui ☐ Non

Pneumallergènes connus :

	Positif	Négatif	Non réalisé
Acariens	☐	☐	☐
Blattes	☐	☐	☐
Chat	☐	☐	☐
Chien	☐	☐	☐
Moisissures	☐	☐	☐
Pollens	☐	☐	☐

Précisez :

• PID ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, ☐ Suspicion PHS

☐ PHS avérée

Antigène identifié :

Autres pathologies ?

Autres informations que vous souhaitez nous transmettre :

En donnant votre accord, vous convenez et acceptez que les informations recueillies soient uniquement transmises à la plateforme CMEI Hauts-de-France et au conseiller en charge de la visite. Elles font l'objet d'un traitement informatique à des fins d'organisation et d'évaluation (application sécurisée, non diffusées à des tiers, pas d'utilisation commerciale). Conformément à la loi Informatique et Libertés et le Règlement Européen Général sur la Protection des Données 2016/679 (RGPD), 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-hautsdefrance@appa.asso.fr).

Date :

Accord
du patient (obligatoire) :

Signature
du Médecin :