

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISITE A DOMICILE PAR UN CONSEILLER MEDICAL EN ENVIRONNEMENT INTERIEUR (CMEI)

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR <p>NOM, Prénom :</p> <p>Spécialité :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Courriel :</p>	IDENTIFICATION DU PATIENT CONCERNE <p>NOM, Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Courriel :</p>
--	--

MOTIF D'INTERVENTION	
Diagnostic médical : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Rhinite <input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> Hypersensibilité <input type="checkbox"/> Autres, préciser : 	Allergènes testés : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acariens <input type="checkbox"/> Moisissures <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Attentes du prescripteur (recherches souhaitées):	Intervention urgente souhaitée ? Si oui préciser le motif (ex : <i>bilan pré-greffe</i>) :

Le

Signature du prescripteur :

A retourner, dument complété, par courriel à :
 Centre hospitalier de Vire : Magalie LEMARECHAL
 ☎ magalie.lemarechal@ght-cdn.fr
 ① 06.07.14.10.39 - Fax : 02 31 67 47 66

Les demandes pour les patients domiciliés **dans l'Eure ou la Seine Maritime** sont à renseigner depuis le formulaire disponible sur le site internet de Planeth Patient (<https://www.planethpatient.fr/cmei/>)