

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

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	IDENTIFICATION DU PATIENT CONCERNE
NOM, Prénom :	NOM, Prénom :
Spécialité :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone fixe :
Courriel :	Téléphone portable :
	Courriel :

MOTIF D'INTERVENTION	
Diagnostic médical : <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 : <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 (<i>ex : 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
 ☎ 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/>)

*Intervention financée
par l'ARS Normandie*

