



Formulaire de demande d'intervention d'un Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI)

Médecin prescripteur

Nom et prénom :
Spécialité :
Adresse :
.....
CP : Ville :
Téléphone :
E-mail :
E-mail Apycrypt :

Cachet du médecin

Patient

Nom et prénom : Sexe ☐ H ☐ F ☐ NB
Nom de l'assuré si différent :
Date de naissance :
Adresse de la visite :
CP : Ville :
Téléphone (impératif pour permettre au CMEI de contacter le patient) :
E-mail :

Médecin traitant (si différent du prescripteur) :

Motif de la demande

.....
.....

Clinique

☐ Asthme ☐ Rhinite ☐ Conjonctivite ☐ BPCO ☐ Pneumopathie hypersensibilité
☐ Autres pathologies :
Symptômes persistants malgré le traitement :
Préciser si aggravation des symptômes au domicile : ☐ OUI ☐ NON

Allergènes testés	Positif	Négatif	Cliniquement pertinent
<input type="checkbox"/> Acariens	<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"/> Blattes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser :			

CONSENTEMENT

pour visite au domicile et partage
des données via les outils utilisés

Date :

...../...../.....

Signature du patient
pour accord * :

Mme Delphine MICHEL, CMEI - Dpts 27 et 76
Tél : 06 75 14 66 04
Site web : www.planethpatient.fr

Demande d'intervention à envoyer à

Apicrypt / MS Santé : planethpatient.cmei276@medical14.apicrypt.org

*J'ai été informé que mes données personnelles sont collectées dans le cadre de l'intervention à mon domicile de la CMEI de l'association PLANETH Patient. Le traitement de ces données personnelles répond à plusieurs finalités : respecter les obligations légales et réglementaires, gérer et organiser la demande d'intervention, renforcer l'information, le suivi et évaluer mon dossier. Dans toutes les circonstances, mes données personnelles seront traitées de manière confidentielle et seront conservées pendant une durée limitée, sauf dispositions contraires prévues par la réglementation. Je suis informé(e) que je dispose d'un droit d'accès à toutes mes données personnelles recueillis dans le cadre de mon dossier. Je dispose d'un droit de rectification, d'opposition, de transfert et de suppression de mes données en m'adressant à dpo@planethpatient.fr. Je suis aussi avisé(e) que j'ai le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).