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 : Spécialité : Adresse : Téléphone : Courriel :	NOM, Prénom : Date de naissance : Adresse : Téléphone fixe : Téléphone portable : Courriel :

MOTIF D'INTERVENTION	
Diagnostic médical : ☐ Asthme ☐ BPCO ☐ Rhinite ☐ Conjonctivite ☐ Hypersensibilité ☐ Autres, préciser :	**Allergènes testés :** ☐ Acariens ☐ Moisissures ☐ Autres, préciser :
Attentes du prescripteur (recherches souhaitées):	**Intervention urgente souhaitée ?** Si oui préciser le motif (*ex : bilan pré-greffe*) :

Le

Signature du prescripteur :

A retourner, dument complété, par courriel à :

➜ Pour les patients domiciliés dans le **Calvados, Manche ou Orne**

Centre hospitalier de Vire : Magalie LEMARECHAL
✉ magalie.lemarechal@ght-cdn.fr
✆ 06.07.14.10.39 - Fax : 02.31.67.47.33

➜ Pour les patients domiciliés dans l'Eure ou la Seine Maritime

Planeth Patient : Pascale BARNABE BOULET
✉ p.boulet@planethpatient.fr
✆ 06.75.14.66.04

Intervention financée par l'ARS Normandie