



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 Apicrypt :

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

Acariens

Chat

Chien

Blattes

Moisissures

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