

# DEMANDE D'INTERVENTION

d'un Conseiller médical en environnement intérieur (CMEI)

A adresser par mail, par fax au **03 20 21 87 40** ou à l'adresse suivante :  
Plateforme CMEI NPDC – APPA – Parc Eurasanté  
235 avenue de la Recherche – 59 120 LOOS  
[cmei-npdc@appanpc.fr](mailto:cmei-npdc@appanpc.fr) / tel : 03 20 21 87 42

**Le Docteur** ..... Téléphone : .....

Ville/Adresse : ..... Courriel : .....

Cochez votre spécialité :

Médecine générale     Pneumologie     Allergologie     Dermatologie  
 Médecine scolaire     Pédiatrie     PMI     Autre (préciser) .....

Médecin traitant : .....

**Souhaite que vous preniez contact avec la famille de :**

Nom ..... Prénom .....

Adresse ..... Né(e) le .....

.....  
.....  
..... Téléphone .....

## Contexte médical

Diagnostic médical : .....

• **Asthme ?**     Oui     Non    Suivi par un relais local     Oui     Non .....

si oui : âge de début des symptômes : .....

Nombre de crises par an : ..... Facteurs favorisants et/ou déclenchant : .....

Nombre d'hospitalisation(s) pour asthme : ...

• **Rhinite ?**     Oui     Non    • **Conjonctivite ?**     Oui     Non

• **Eczéma ?**     Oui     Non    • **Infection ORL à répétition ?**     Oui     Non

• **Allergies connues :**

Tests cutanés	Positif	Négatif	Non réalisé	RAST significatif	
Acarions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen graminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen bouleau	<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"/>	
Blatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez ..... .....
Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (aliments...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **Autres pathologies ?** .....

**Autres informations que vous souhaitez nous transmettre :**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique (données anonymisées, non diffusées à des tiers, pas d'utilisation commerciale). En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser à l'APPA – Plateforme CMEI (Tel : 03 20 21 87 42 / [cmei-npdc@appanpc.fr](mailto:cmei-npdc@appanpc.fr)).

Date : .....  
Signature  
du patient :

Signature  
du Médecin :