CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL VENDÉE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DU CONSEILLER MÉDICAL EN ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR (CMEI)

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Dr : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

N° de téléphone fixe : _____

N° de téléphone portable : _____

Courriel : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Courriel : _____@_____

MOTIF DE RECOURS

Clinique :	***Allergies identifiées :***	***Diagnostic suspecté :***
ASTHME		
RHINITE	_____	_____
CONJONCTIVITE	_____	_____
AUTRE	_____	_____
	_____	_____

_____

_____

RECHERCHES SOUHAITÉES

ACARIENS	MOISISSURES	PLANTES*
CHAT	BLATTES	TABAC
CHIEN	COV (composés organiques volatils)	ENVIRONNEMENT PROCHE

AUTRES (préciser) : _____

Intervention urgente : ☐ Oui ☐ Non

AUTORISATION D'INTERVENTION DU CMEI

Nom et prénom du patient :

Date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Mail :

Signature du patient
précédée de la mention *« lu et approuvé » :*

Document à adresser, dûment complété, à :
> par mail : **anne.levillain@ght85.fr**
> par téléphone : **06 77 10 43 53**
> par défaut, par fax : **02.51.44.60.43**
> ou par courrier : **Anne Levillain - CMEI**
Service Pneumologie / CHD Vendée
Boulevard Stéphane Moreau
85 925 LA ROCHE-SUR-YON

centre hospitalier départemental Vendée

60-4300-06-24