



DEMANDE DE VISITE A DOMICILE AVEC LA CONSEILLERE MEDICALE EN ENVIRONNEMENT INTERIEUR



Conseil Médical en Environnement Intérieur

A remplir et à envoyer à : Pavillon de La Mutualité- Mutualité Française Gironde
SERVICE CMEI
 45 cours Maréchal Gallieni - 33082 BORDEAUX Cedex
Tel : 07.63.13.96.70 - Fax : 05.57.81.24.61
 Email : vnicoulaud@pavillon-mutualite.fr

Date de la prescription : / /

1. Médecin prescripteur: (ou tampon)

Nom :
 Adresse :
 Adresse mail :

2. Identité du patient (à remplir) :

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Date de naissance : Adresse mail :
 Tél : Port :

3. Clinique :

- Asthme Rhinite Conjonctivite
 Dermatite de contact Dermatite atopique
 Autres (à préciser)

Allergènes testés (indiquer **oui si test positif et **non** si test négatifs et **NSP** si non testé):**

Acariens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	Chat	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	Chien	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
Pollens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	Blattes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	Latex	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
Moisissures	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	Si oui lesquelles :			
Autres :					

Objectifs : de la consultation de la visite

**VALIDATION PAR
 LE MEDECIN PRESCRIPTEUR
 (Signature et tampon)**

**Le patient accepte d'être
 contacté par la CMEI**