

Formulaire de demande d'intervention de la Cellule santé habitat

A adresser à : DASES-sante.habitat@paris.fr

☎ fax 01.44.97.87.55



SPSE - Cellule santé habitat
11, rue George Eastman
75013 Paris

Médecin demandeur

Nom : _____ Prénom : _____ Courriel : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
Spécialité : pneumologie allergologie pédiatrie généraliste autre : _____
Cadre : hospitalier libéral PMI Centre de santé ParisMed' autre :

Patient bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Adresse : _____
Couverture sociale : PUMa Assurance maladie CMU-c ACS mutuelle
Profession : _____
(du patient si actif, des parents si le patient est un enfant)

Ces informations ne conditionneront en aucun cas la qualité de notre intervention. Leur analyse anonyme vise à valoriser notre activité.

Informations complémentaires (femme enceinte, immunodépression...) :

Diagnostic

Étiologie(s) de la pathologie : Allergique Infectieuse Toxique/Irritation/Inflammation Autre : _____
Date d'apparition : _____ En lien avec un événement : _____

Asthme : léger modéré sévère non contrôlé
 BPCO ABPA Pneumopathie interstitielle diffuse PHS : *résultat recherche IgG*
 Aspergillose (semi) invasive Mucoviscidose Eczéma/ Dermatose Rhinite Bronchite/Bronchiolite Conjonctivite Hypersensibilité aux produits chimiques

Autre(s) :

Nombre d'hospitalisations en lien avec le diagnostic :

Symptômes :

Toux Éternuements Céphalées Vertiges Prurit
 Respiration sifflante Dyspnées Rhinorrhées Asthénie Perte de concentration Éruptions cutanées Cassure courbe de croissance

Autre(s) :

Allergies connues

Précisez pour chaque allergène la méthode employée : tests cutanés IgE spécifiques Phadiatop

	Acariens	Pollens	Chat	Chien	Blattes	Souris	Rat	Moisissures	Autres
Positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Négatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non testé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez : *Taxons polliniques, espèces/genres fongiques impliqués...*

Tests prévus : *préciser date, nature*

Commentaire

Date :

Signature du médecin :