

## DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE LA **CELLULE SANTÉ HABITAT**

Service parisien de Santé environnementale Cellule Santé Habitat 11 rue George Eastman, 75013 Paris Téléphone 01 44 97 87 87 Fax 01 44 97 87 55

À adresser à DSP-sante.habitat@paris.fr

IMPORTANT En cas de problèmes de salubrité/sécurité/péril dans l'immeuble/le logement de votre patient, le signalement doit être fait au Service Technique de l'Habitat compétent en la matière sur le site Lutte contre l'habitat indigne

Médecin demandeur 1 Mentions obligatoires										
Nom¹		Prénom¹			Courriel <sup>1</sup>					
Adresse <sup>1</sup>						Téléphone				
Spécialité /	Allergologie	Médecine	Médecine générale		Pne	eumologie	Autre			
Cadre l	Hospitalier	Libéral	Libéral		Cen	tre de santé	Paris	sMed'	Santé s	colaire
Patient l	bénéficiai	ire								
Nom¹			Prénom¹			Courriel <sup>1</sup>				
Adresse <sup>1</sup>			Téléphone¹							
Date de naiss				Profession <sup>2</sup>						
Couverture sociale <sup>2</sup> PUMa CSS  Logement humide ou moisi <sup>1</sup>			AME Assurance maladie Mutuelle			<sup>2</sup> Ces informations ne conditionneront en aucun cas la qualité de notre intervention, leur analyse anonyme vise à valoriser				
	omplémentaires		inte. immur	nodépression	ı)		notre activité.			
Diagnostic		(		c un évèneme						
Asthme	АВРА		Bronchite		Mucoviscidose		Rhinite	inite Pathologie( sévère(s)		<b>s)</b> Oui
contôlé	òlé <b>Aspergillos</b> (semi) inva		Conjonct	ivite	Mycobact	Mycobactériose				Non
non contrôlé	•	врсо		Eczéma/Dermatose PID				Nombre		
Bronc		Hypersen olite aux produ chimique		its		d'hospitalisations en lien avec le diagnostic				
Allergies c	onnues Préc	ciser la méthod	e employée	tests c	utanés	IgE spécifi	ques	Phadiato	op	
<b>Acari</b> Positif	ens Chat	Chien	Blattes	Souris F	Rat	Moisissures P	ollens	Autres		
Négatif										
Negatii										

## Commentaire

Date Signature du médecin Signature du patient