

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

Services des laboratoires 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 : NE PAS UTILISER CE FORMULAIRE pour un signalement lié à une situation d'insalubrité/sécurité/péril dans l'immeuble/le logement de votre patient, le signalement doit alors être fait au Service Technique de l'Habitat compétent en la matière sur le site Lutte contre l'habitat indigne. En cas de nuisibles, envoyer un mail à l'adresse suivante : spse.dfas@paris.fr

Médecin demandeur

¹ Mentions obligatoires

Nom¹ _____ Prénom¹ _____ Courriel¹ _____
Adresse¹ _____ Téléphone _____
Spécialité Allergologie Médecine générale Pédiatrie Pneumologie Autre
Cadre Hospitalier Libéral PMI Centre de santé ParisMed' Santé scolaire

Patient bénéficiaire

Nom¹ _____ Prénom¹ _____ Courriel¹ _____
Adresse¹ _____ Téléphone¹ _____
Date de naissance _____ Sexe¹ _____ Profession² _____
Couverture sociale PUMa² CSS² AME² Assurance maladie Mutuelle ² Ces informations ne conditionneront en aucun cas la qualité de notre intervention, leur analyse anonyme vise à valoriser notre activité.
 Logement humide ou moisi¹
Informations complémentaires (femme enceinte, immunodépression...): _____

Diagnostic

Date _____ En lien avec un évènement _____
Asthme ABPA Bronchite Mucoviscidose Rhinite Pathologie(s) sévère(s)
 Contrôlé Aspergillose (semi) invasive Conjonctivite Mycobactériose Autre(s) Oui Non
 Non contrôlé BPCO Eczéma/Dermatose PID
 Bronchiolite Hypersensibilité aux produits chimiques PHS : résultat recherche IgG
Nombre d'hospitalisation en lien avec le diagnostic _____

Allergies connues

Préciser la méthode employée tests cutanés IgE spécifiques Phadiatop

	Acariens	Chat	Chien	Blattes	Souris	Rat	Moisissures	Pollens	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"/>

Commentaire

Date _____ Signature du médecin

Signature du patient