

## 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](mailto:spse.dfas@paris.fr)**

### Médecin demandeur

<sup>1</sup> Mentions obligatoires

<b>Nom<sup>1</sup></b>	<b>Prénom<sup>1</sup></b>			<b>Courriel<sup>1</sup></b>		
<b>Adresse<sup>1</sup></b>			<b>Téléphone</b>			
<b>Spécialité</b>	Allergologie	Médecine générale	Pédiatrie	Pneumologie	Autre	
<b>Cadre</b>	Hospitalier	Libéral	PMI	Centre de santé	ParisMed'	Santé scolaire

### Patient bénéficiaire

<b>Nom<sup>1</sup></b>	<b>Prénom<sup>1</sup></b>			<b>Courriel<sup>1</sup></b>		
<b>Adresse<sup>1</sup></b>						
<b>Date de naissance</b>		<b>Sexe<sup>1</sup></b>		<b>Profession<sup>2</sup></b>		
Couverture sociale	PUMa <sup>2</sup>	CSS <sup>2</sup>	AME <sup>2</sup>	Assurance maladie	Mutuelle	
<b>Logement humide ou moisi<sup>1</sup></b>						

<sup>2</sup> 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

<b>Date</b>	<b>En lien avec un évènement</b>				
<b>Asthme</b>	<b>ABPA</b>	<b>Bronchite</b>	<b>Mucoviscidose</b>	<b>Rhinite</b>	<b>Pathologie(s) sévère(s)</b>
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	<b>Nombre d'hospitalisation en lien avec le diagnostic</b>	

### Allergies connues

Préciser la méthode employée tests cutanés IgE spécifiques Phadiatop

Acariens Chat Chien Blattes Souris Rat Moisissures Pollens Autres  
Positif  
Négatif  
Non testé

### Commentaire

Date

Signature du médecin

Signature du patient