



DEMANDE D'INTERVENTION D'UN CONSEILLER MEDICAL EN ENVIRONNEMENT INTERIEUR (CMEI)

Polyclinique
Saint-Laurent

HOSPITALITÉ
Saint-Thomas de Villeneuve

Date de la demande : _____

Document à adresser :

Soit par courriel (une fois complété dans le PDF) : stl.cmei@hstv.fr

Soit par courrier (si imprimé) : Service CAAT – Polyclinique Saint-Laurent – 320 avenue du Général Patton – 35706 RENNES

Tél : 02.99.25.69.49 ou 02.99.25.69.72

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Nom :

Prénom :

Spécialité : Médecine générale

Pneumologie Allergologie Pédiatrie Autre :

Adresse : Code postal : Commune :

Téléphone : fixe portable courriel :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Sexe : F M

Adresse : Code postal : Commune :

Téléphone : fixe portable courriel :

Si mineur : NOM du père : Prénom :

NOM de la mère : Prénom :

Intervention nécessaire à un 2^e domicile : **Oui** **Non**

Si oui : Adresse : Code postal : Commune :

Téléphone : fixe portable courriel :

TYPE D'INTERVENTION (plusieurs choix possibles)

A domicile En milieu scolaire En milieu professionnel Autre

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Signes cliniques ou diagnostic : (plusieurs choix possibles)

- Asthme PID BPCO
 Infection ORL à répétition Allergies (rhinite/conjonctivite) ABPA
 Pathologie dermatologique Mucoviscidose Autre :

Allergènes/polluants : identifié/testé positif suspecté/non réalisé (plusieurs choix possibles)

Acarions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blattes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Histoire de la maladie :
.....
.....

Signature du professionnel de santé :

En donnant votre accord, vous convenez et acceptez que les informations recueillies soient transmises au conseiller en charge de la visite. Elles feront l'objet d'un traitement informatique à des fins d'organisation et d'évaluation (données anonymisées et agrégées, application sécurisée, non diffusées à des tiers). Conformément à la loi Informatique et Libertés et le RGPD 2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, en vous adressant au CMEI (coordonnées ci-dessus).