

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 : pneumologue allergologue pédiatre généraliste autre : _____
Cadre : hospitalier libéral PMI centre de santé ParisMed' santé scolaire

Patient bénéficiaire

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____
Téléphone : _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Couverture sociale : PUMa* CMU-c * ACS*
 Assurance maladie Mutuelle

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

Diagnostic

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

Asthme :	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose	<input type="checkbox"/> Rhinite
<input type="checkbox"/> léger	<input type="checkbox"/> ABPA	<input type="checkbox"/> Eczéma/ Dermatose	<input type="checkbox"/> Bronchite/Bronchiolite
<input type="checkbox"/> modéré	<input type="checkbox"/> Pneumopathie interstitielle diffuse	<input type="checkbox"/> Aspergillose (semi) invasive	<input type="checkbox"/> Hypersensibilité aux produits chimiques
<input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> PHS : <i>résultat recherche IgG</i>	<input type="checkbox"/> Conjonctivite	
<input type="checkbox"/> non contrôlé			

Autre(s) : _____

Nombre d'hospitalisations en lien avec le diagnostic : _____

Allergies connues

 Précisez la méthode employée : tests cutanés IgE spécifiques Phadiatop

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

Précisez : _____
Tests prévus : _____

Commentaire

Date : _____

Signature du médecin : _____

Signature du patient : _____