

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention d'un Conseiller en Environnement Intérieur (CEI)

Date : / / .

Médecin prescripteur :

Nom :

Coordonnées du cabinet ou du service :

Spécialité : Médecine générale Pneumologie Allergologie Pédiatrie Médecine scolaire

Médecins de PMI ORL Dermatologie Autre (préciser)

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Contexte médical :

Diagnostic :

Motif de la demande : Exacerbation Pathologie non contrôlée Pathologie récurrente
Prévention Autre (précisez) Urgent

Traitement :

Contexte :

Allergies connues (préciser les allergènes testés) :

Favorable à un suivi en éducation thérapeutique :

Patient : oui – non

Médecin : oui – non

Signature du patient
(Ou représentant légal)

Signature du Médecin

Document sur simple demande à l'adresse suivante : cei@collectifsud.fr ou au 04 75 81 63 10

Collectif sud

Rue Alessandro Volta, ZI Marcerolles
26500 Bourg-Lès-Valence
Email : contact@collectifsud.fr

