

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention d'une Conseillère en Environnement Intérieur (CEI)

Date :

• **Médecin prescripteur :**

NOM/Prénom :

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) :

Signature du patient
(ou représentant légal)

Signature du médecin