

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION

A adresser à : anne.levillain@ght85.fr

Important : ne pas utiliser ce formulaire pour un signalement de logement indigne. Votre patient(e) peut directement effectuer un signalement de la situation sur la plateforme Signal Logement https://signal-logement.beta.gouv.fr/

Médecin demandeur

Nom : Adresse/ Structure : Prénom : Courriel : Téléphone :

Spécialité : pneumologue allergologue pédiatre généraliste autre :

Patient bénéficiaire

Nom de naissance : Lieu de naissance : Nom d'usage : Sexe : Prénom : Profession : Né(e) le :

Téléphone : Adresse : Courriel :

Diagnostic

Date du 1er diagnostic : En lien avec un évènement :

Asthme : léger modéré sévère ABPA Aspergillose BPCO (Stade : ...) Bronchiolite Bronchite Hypersensibilité chimique Mucoviscidose Mycobactériose PID PHS résultat recherche IgG : Autre pathologie sévère : Préciser :

Sévérité : Hospitalisations itératives pour décompensation de la pathologie Asthme sévère avec introduction de biothérapie envisagée chez l'enfant Pathologie respiratoire sévère déséquilibrée avec risque rapide de complications

Allergies connues Précisez la méthode employée : tests cutanés IgE spécifiques Phadiatop Acariens Alternaria Aspergillus Blattes Chat Chien Moisissures Pollens Autres (précisez) Positif Négatif Non testé

A quel(s) polluant(s) (allergène, irritant) votre patient(e) vous semble-t-il (elle) exposé(e) au domicile ?

Présence de moisissures au domicile

Motif de la demande Exacerbation Pathologie non contrôlée Autre, précisez :

Commentaire

Date : Signature du médecin : Signature du patient :