

Médecin prescripteur :

Nom et prénom : Spécialité :

Adresse :

CP/Ville :

Téléphone :

E-mail : E-mail MSSanté :

Signature et cachet :

Médecin traitant (si différent du prescripteur) :

Le patient :

Nom et prénom : Sexe H ☐ F ☐

Nom de l'assuré si différent :

Date de naissance :

Adresse de la visite :

CP/Ville :

Téléphone (impératif pour permettre au CEI de contacter le patient) :

E-mail :

Clinique :

☐ Asthme ☐ Rhinite ☐ Conjonctivite

☐ Autres pathologies ou symptômes à préciser :

Préciser si aggravation des symptômes au domicile : OUI ☐ NON ☐

Allergènes testés :

☐ Acariens

☐ Chat

☐ Chien

☐ Blattes

☐ Moisissures*

Positif

☐
☐
☐
☐
☐

Négatif

☐
☐
☐
☐
☐

Cliniquement pertinent

☐
☐
☐
☐
☐

Autres à préciser :

**en cas de demande de prélèvements de moisissures, merci de vérifier sur le site www.intairagir.fr si cette demande rentre dans le cadre défini pour une prise en charge financière.*

Motif de la demande :

Date :

Signature patient pour accord :

En donnant votre accord, vous acceptez que les informations recueillies soient transmises à l'association AP3A qui les communiquera au CEI en charge de la visite. Elles font l'objet d'un traitement informatique à des fins d'organisation et d'évaluation dans le cadre de la base de données IntAir'agir gérée par Atmo Grand Est (plateforme sécurisée, non diffusées à des tiers, pas d'utilisation commerciale). Conformément à la loi Informatique et Libertés et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à AP3A, association coordonnant le réseau de CEI du Grand Est. (Tél : 03 88 11 50 54 / contact.ap3a@gmail.com).