

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION

A adresser à : romain.habeau@chu-nantes.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 : _____ **Prénom :** _____ **Courriel :** _____
Adresse/ Structure : _____ **Téléphone :** _____

Spécialité : ☐ pneumologue ☐ allergologue ☐ pédiatre ☐ généraliste ☐ autre :

Patient bénéficiaire

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

Téléphone : _____
 Adresse : _____
 Courriel : _____

Diagnostic

Date du 1^{er} diagnostic : _____ En lien avec un évènement : _____

Asthme : ☐ ABPA ☐ Mucoviscidose ☐ Autre pathologie sévère : _____
☐ Aspergillose ☐ Mycobactériose Préciser : _____
☐ léger
☐ modéré ☐ BPCO (Stade :)
☐ sévère ☐ PID ☐ PHS
 (Résultat recherche IgG)
☐ Bronchiolite
☐ Bronchite

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 polluant, allergène, irritant votre patient vous semble-t-il exposé au domicile ?

☐ Présence de moisissures au domicile

Commentaire

Date : _____ Signature du médecin : _____ Signature du patient : _____