

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 : Adresse/ Structure : **Prénom :** **Courriel :**
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 : Courriel :
Adresse :

Diagnostic

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

Asthme : ABPA Mucoviscidose Autre pathologie sévère :
 Aspergillose Mycobactériose Préciser : _____
 léger BPCO (Stade :)
 modéré PID PHS
(Résultat recherche IgG)
 sévère 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Négatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non testé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A quel polluant, allergène, irritant votre patient vous semble-t-il exposé 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 :