

# 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