



# Prescription de visite à domicile par un conseiller médical en environnement intérieur

Date de la prescription : ..... / ..... / .....

## 1. MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....  
Spécialité : .....  
Hôpital de : ..... Service : .....  
Ou cabinet / adresse : .....  
Mail : ..... Tél : .....

## 2. IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Adresse : .....  
CP + Ville : ..... Email : .....  
Tél fixe : ..... Portable : .....

## 3. SIGNES CLINIQUES

- Asthme
- Rhinite
- Conjonctivite
- Dermate de contact
- Dermate atopique
- Autres (à préciser) : .....

ALLERGÈNES TESTÉS	OUI	NON	NON-TESTÉ		OUI	NON	NON-TESTÉ		OUI	NON	NON-TESTÉ	
	Acariens				Chats				Chien			
	Pollens				Blattes				Latex			
	Moississures				> Si oui lesquelles ?							
	Autre(s)											

## 4. ATTENTES

Priorité de la visite :  1       2       3      (1 = très urgent / 2 = normal / 3 = pas urgent)  
Objectif(s) de la visite : .....  
.....

SIGNATURE ET TAMPON  
DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Le patient accepte d'être  
contacté par la CMEI



Merci d'adresser ce formulaire à :  
Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes  
Place du 1<sup>er</sup> mai – 63017 Clermont-F<sup>d</sup> cedex 2

Plus d'informations :  
Evelyne Delanoue 06 47 87 98 54 - e.delanoue@mfa.fr  
Catherine Motte 06 10 82 23 35 - c.motte@mfa.fr

