



# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention d'un Conseiller médical en environnement intérieur (CMEI)

A adresser par courrier au CEI ou CMEI le plus proche de votre domicile

Date • .....

**Médecin prescripteur**

Nom .....

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) .....

Traitement.....

Contexte.....

Allergies connues (préciser les allergènes testés) .....

Signature du patient  
(ou représentant légal)

Signature du Médecin