



Formulaire de Prescription Intervention d'un Conseiller Habitat Santé



A adresser par mail : s.lesecq@solihha.fr
Ou par courrier : SOLIHA 84
17 Place du Marché
84510 Caumont sur Durance
Tél. : 04 90 23 12 12



Date :

Spécialiste de santé prescripteur :

Nom
Coordonnées du cabinet ou du service :
Adresse Mail :
Spécialité : Pneumologie ☐ Allergologie ☐ Autre ☐

Patient :

Nom Prénom
Date de naissance
Si enfant merci d'indiquer les coordonnées du ou des parents :
Nom Prénom
Adresse
Adresse Mail :
Téléphone fixe Téléphone portable

Recherches souhaitées :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acariens | <input type="checkbox"/> Moisissures (si souche particulière à préciser)..... |
| <input type="checkbox"/> Animaux | <input type="checkbox"/> COV/Formaldéhyde |
| <input type="checkbox"/> Plantes d'intérieur | <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Environnement Proche Extérieur |

Autres (Préciser) :

Éléments généraux de contexte :

Autorisation d'intervention du Conseiller Habitat Santé :

Nom et prénom du **Patient** :
Signature du Patient (ou représentant Légal)..... Date :
Nom du **Spécialiste** :
Période envisagée pour le prochain rendez-vous :
Signature /cachet du spécialiste de santé