



Cadres à remplir par les SAMI

Numéro d'identification :

Date de réception de la demande :

Formulaire de demande d'intervention du Service d'Analyse des Milieux Intérieurs
--- à remplir par le médecin ---

La demande concerne une habitation située dans la province HAINAUT.
Ce formulaire dûment complété est à renvoyer par courriel à l'adresse diane.servais@hainaut.be

Date de la consultation médicale :

Informations sur le médecin prescripteur

Nom et Prénom du médecin :	Cachet et signature du médecin
Adresse du cabinet :	
Numéro INAMI :	
Téléphone/GSM de contact :	
Courriel :	
Comment souhaitez-vous recevoir le rapport de visite du SAMI ? <input type="radio"/> par e-mail <input type="radio"/> par voie postale	

Informations sur le patient

Nom et prénom du patient :	Genre :
Date de naissance :	<input type="radio"/> Femme
Rue et n° :	<input type="radio"/> Homme
Code postal :	Commune : <input type="radio"/> Autre
Téléphone/GSM :	Courriel :
Comment souhaitez-vous recevoir le rapport de visite du SAMI ? <input type="radio"/> par e-mail <input type="radio"/> par voie postale	

Raisons de la demande de visite du SAMI

Type de symptômes rencontrés (plusieurs choix possibles) :

- Allergies
- Problèmes respiratoires
- Problèmes dermatologiques
- Problèmes non-spécifiques (céphalées, fatigue...)
- Autres.....

Précisions sur les symptômes / allergies (quels allergènes):

.....

Quels sont les polluants suspectés dans le milieu intérieur du patient ?

.....

.....

Informations complémentaires utiles au traitement de la demande (orientation des analyses) :

.....

.....

