

Intervention d'un.e Conseiller.e en Environnement Intérieur

Descriptif et formulaire



➤ QUELLES SONT LES MODALITES POUR EFFECTUER LES VISITES ?

Pour qui ?

Lorsque l'environnement intérieur du patient que vous suivez pour pathologie liée à l'environnement a, ou pourrait avoir, un rôle dans le déclenchement, la persistance ou l'aggravation des symptômes.

Exemples :

- Malgré le traitement les symptômes persistent, voire s'aggravent,
- Plusieurs membres d'une famille vivant sous le même toit présentent des symptômes allergiques/respiratoires,
- Votre patient vous décrit un logement avec des phénomènes récurrents d'humidité.

La prescription

Faire remplir la demande par un professionnel de santé et la renvoyer à l'adresse mentionnée au verso. Les délais de visites peuvent aller jusqu'à quatre mois en fonction des demandes en cours.

Les étapes

- Recueil des données de l'habitat (température, humidité, ventilation, chauffage, etc.),
- Recueil d'informations sur les habitudes et modes de vie des occupants,
- Constat visuel des différentes sources de polluants,
- Conseils personnalisés,
- Envoi d'un compte-rendu au patient et au médecin prescripteur.

Nos visites à domicile sur la qualité de l'air intérieur ont pour seul objectif d'informer et d'accompagner les occupants sur les impacts sanitaires liés à leur environnement. Elles ne peuvent pas vous permettre :

- de contribuer et d'aboutir à un relogement
- de contribuer à la résolution d'un litige entre bailleur et locataire(s)
- de contribuer à la résolution d'un litige de voisinage

Date de la demande : ... / ... / ...

➤ MÉDECIN

- ➔ **Nom :**
- ➔ **Statut :** Libéral Médecin hospitalier PMI Autre :
- ➔ **Téléphone :**
- ➔ **Mail :**
- ➔ **Adresse du cabinet ou du service :**
- ➔ **Spécialité :**
 - Pneumologue
 - Allergologue
 - Pédiatre
 - Autre :

➔ **Cachet obligatoire :**

➤ PATIENT

- ➔ **Prénom et Nom :**
- ➔ **Date de naissance :** ... / ... / ...
- ➔ **Téléphone :**
- ➔ **Mail :**
- ➔ **Autre(s) membre(s) de la famille suivi(s) pour une pathologie :** Oui Non

Si oui, indiquez : - Âge(s) :

- Pathologie(s) :

➤ MOTIF DE LA DEMANDE

- Exacerbation Pathologie récurrente Pathologie non contrôlée
- Autre :

➤ SIGNES CLINIQUES OU PATHOLOGIE

- ➔ **Diagnostic :**
 - Asthme Rhinite Conjonctivite Toux PHS BPCO Mucoviscidose
 - Autre :
- ➔ **Traitement en cours :** Oui Non
- ➔ **Allergie(s) connue(s) :**
 - Chats Chiens Acariens Pollens Moisissures
 - Autre :
- ➔ **Informations complémentaires :**