



**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'INTERVENTION DU SAMI-NAMUR**

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE DU CABINET :

NUMÉRO INAMI :

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

IDENTIFICATION DU PATIENT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES (FIXE ET GSM) :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

SYMPTÔMES RENCONTRÉS : (VEUILLEZ PRÉCISER POUR CHAQUE SYMPTÔME COCHÉ)

- ALLERGIES : DATE DU DERNIER BILAN ALLERGIQUE :
- PROBLÈMES RESPIRATOIRES :
- PROBLÈMES DERMATOLOGIQUES :
- TROUBLES NON SPÉCIFIQUES :
- AUTRES :

**POLLUANT(S), PROBLÈME(S) SUSPECTÉ(S) ET AUTRES INFORMATIONS UTILES AU
TRAITEMENT DE LA DEMANDE :** (INFORMATIONS NÉCESSAIRES POUR MIEUX ORIENTER L'ANALYSE)