



**DEMANDE D'INTERVENTION DU SERVICE  
D'ANALYSE DES MILIEUX INTERIEURS (SAMI)**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Nom:

Prénom :

Adresse du cabinet :

Numéro INAMI :

Tel. / GSM :

E-mail :

**Cachet et signature du médecin demandeur (obligatoires) :**

**PATIENT(S) :**

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date(s) de naissance:

Adresse :

**Tel. / GSM (indispensable) :**

E-mail :

**SYMPTÔMES RENCONTRES :** (veuillez préciser) :

- Allergies :
- Respiratoires :
- Dermatologiques :
- Non spécifiques (fatigue, céphalées,...) :
- Autres :

**POLLUANT(S) SUSPECTE(S) ET AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES UTILES:**

A envoyer à **HAINAUT VIGILANCE SANITAIRE (SAMI)**

Boulevard Sainctelette 55 - 7000 MONS

Tél. : 065/40.36.10 - Fax : 065/34.74.80 - [hvs.info@hainaut.be](mailto:hvs.info@hainaut.be)