

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom :
Prénom :
Adresse du cabinet :
Numéro INAMI :
Coordonnées téléphoniques (fixe et GSM) :
Adresse électronique :

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom :
Prénom :
Âge :
Adresse :
Province :
Coordonnées téléphoniques (fixe et GSM) :

SYMPTÔMES RENCONTRÉS (plusieurs réponses sont possibles) :

- Allergie(s)
- Problèmes respiratoires
- Problèmes dermatologiques
- Problèmes digestifs
- Céphalées
- Troubles non spécifiques
- Autre (si autre, précisez) :

POLLUANT(S) SUSPECTÉ(S) (plusieurs réponses possibles) :

ÉVENTUELLES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES UTILES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE :