

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



IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE DU CABINET :

NUMÉRO INAMI :

N° TÉLÉPHONE/GSM :

COURRIEL :

CACHET

SIGNATURE :

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

N° TÉLÉPHONE ET GSM :

COURRIEL :

SYMPTÔMES RENCONTRÉS (VEUILLEZ PRÉCISER POUR CHAQUE SYMPTÔME COCHÉ) :

- ALLERGIES :
- PROBLÈMES RESPIRATOIRES :
- PROBLÈMES DERMATOLOGIQUES :
- CÉPHALÉES :
- AUTRES :

POLLUANT(S) SUSPECTÉ(S) ET AUTRES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES UTILES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE (INFORMATIONS NÉCESSAIRES POUR MIEUX ORIENTER LES ANALYSES) :

LE BRABANT WALLON
SERVICE D'ANALYSE DES MILIEUX INTÉRIEURS (SAMI)
PLACE DU BRABANT WALLON, 1
1300 WAVRE
010/23.62.02
sami.bw@brabantwallon.be

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE **OBLIGATOIREMENT**
REVÊTU DE LA SIGNATURE ET DU CACHET DU MÉDECIN
DEMANDEUR.

IL PEUT ÊTRE ENVOYÉ PAR COURRIER OU PAR MAIL.