

Numéro d'identification :

Date de réception de la demande :

**Formulaire de demande d'intervention du Service d'Analyse des Milieux Intérieurs
--- à remplir par le médecin ---**

La demande concerne une habitation située dans la province du Brabant wallon.
Ce formulaire dûment complété est à renvoyer par courriel à l'adresse **sami.bw@brabantwallon.be**

Date de la consultation médicale :

Informations sur le médecin prescripteur

Nom et Prénom du médecin :

Adresse du cabinet :

Numéro INAMI :

Téléphone/GSM de contact :

Courriel :

Comment souhaitez-vous recevoir le rapport de visite du SAMI ? par e-mail par voie postale

Cachet et signature du
médecin

Informations sur le patient

Nom et prénom du patient :

Genre :

Date de naissance :

Femme

Rue et n° :

Homme

Code postal :

Commune :

Autre

Téléphone/GSM :

Courriel :

Comment souhaitez-vous recevoir le rapport de visite du SAMI ? par e-mail par voie postale

Raisons de la demande de visite du SAMI

Type de symptômes rencontrés (plusieurs choix possibles) :

- Allergies Problèmes respiratoires Problèmes dermatologiques
 Problèmes non-spécifiques (céphalées, fatigue...) Autres.....

Précisions sur les symptômes / allergies (quels allergènes):

.....

Quels sont les polluants suspectés dans le milieu intérieur du patient ?

.....

.....

Informations complémentaires utiles au traitement de la demande (orientation des analyses) :

.....

.....