

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet :

Numéro INAMI :

Coordonnées téléphoniques (fixe et GSM) :

Adresse électronique :

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom :

Prénom :

Age :

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 sont possibles) :

**ÉVENTUELLES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES UTILES AU
TRAITEMENT DE LA DEMANDE :**