

A adresser par mail à : [philippe.touflan@atmo-reunion.net](mailto:philippe.touflan@atmo-reunion.net) pour le Nord ou à [damien.boyer@atmo-reunion.net](mailto:damien.boyer@atmo-reunion.net) pour le Sud

AI 111 v.2A

N° Dossier : .....

Date de la visite : .....

**Le Docteur** ----- Téléphone : -----

Ville/Adresse : ----- Courriel : -----

Cochez votre spécialité :

- Médecine générale     Pneumologie     Allergologie     Dermatologie
   
 Médecine scolaire     Pédiatrie     PMI     Autre (préciser) -----

Médecin traitant : -----

**Souhaite que vous preniez contact avec la famille de :**

Nom ----- Prénom -----

Adresse ----- Né(e) le -----

-----

----- Téléphone -----

## Contexte médical

Diagnostic médical : -----

Programme ETP :  Oui  Non

• **Asthme ?**  Oui  Non

**si oui** : âge de début des symptômes : -----

Nombre de crises par an : ----- Facteurs favorisants et/ou déclenchants : -----

Nombre d'hospitalisation(s) pour asthme : ---

• **Rhinite ?**  Oui  Non

• **Conjonctivite ?**  Oui  Non

• **Eczéma ?**  Oui  Non

• **Infection ORL à répétition ?**  Oui  Non

• **Allergies connues :**

Tests cutanés	Positif	Négatif	Non réalisé	RAST significatif	
Acariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen graminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen bouleau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (aliments...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

Précisez

• **Autres pathologies ?** -----

**Autres informations que vous souhaitez nous transmettre :**

Date :

Signature  
du patient :

Signature  
du Médecin :