# FORMUL Aire demande intervention CRIPI

## **CRIPI**

## Cellule Régionale d’Intervention en Pollution Intérieure

## BRUXELLES ENVIRONNEMENT

## Avenue du Port 86C/3000 – 1000 Bruxelles

## C:\Users\svanderslagmolen\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IOAUA604\blue-2024619_960_720[1].png 02/563.17.17 C:\Users\svanderslagmolen\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\LSI175II\fax-27694_960_720[1].png 02/563.17.18 C:\Users\svanderslagmolen\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\3YB4KO2C\email-157611_640[1].png cripi@environnement.brussels

## Médecin prescripteur

|  |
| --- |
| Nom: Prénom: |
| Adresse du cabinet: |
| Téléphone : |
| Cachet et signature : |

## Patient

|  |
| --- |
| Nom: Prénom : |
| Date de naissance: |
| Téléphone/GSM (indispensable) : |
| Adresse: |

## Problème de santé

|  |
| --- |
| Symptômes:    Date de début des symptômes : |
| Pathologie(s): |
| Allergies :   🞎 pas de d’allergie aux moisissures 🞎 pas d’allergie aux acariens |
| Date du dernier bilan allergique: Veuillez joindre les résultats d’analyses les plus récents. |

## **Remarques** **particulières**

## Polluant(s), problème(s) suspectés et autres informations utiles au traitement de la demande :