

Demande de prise en charge d'un Asthme Consultation ou HDJ

Date de la demande :

Urgent oui Non

Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Parents

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Médecin demandeur

Pédiatre Allergologue Pneumologue médecin généraliste PMI

Asthme

Date de début	
Type de symptômes	Bronchiolites répétées <input type="checkbox"/> Bronchite répétées <input type="checkbox"/> Toux chronique <input type="checkbox"/> Crise asthme sévère (Hospitalisation, venue aux urgences) <input type="checkbox"/>
Traitement actuel	Aucun <input type="checkbox"/> A la demande <input type="checkbox"/> Traitement inhalé au long court : <input type="checkbox"/> Détailler

Bilan antérieur (date et résultats) RxP EFR Bilan allergologique IgE spécifique (date /résultats)	

Rhinite allergique oui non non connue

Si oui Perannuelle saisonnière

Allergie alimentaire associée oui non non connue

Si oui détailler.....

Eczéma : oui non

Tampon du médecin