

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_



Office d'habitation de l'Outaouais

# Attestation médicale

Problèmes de santé reliés à la présence de tapis dans le logement

VEUILLEZ FAIRE COMPLÉTER CE FORMULAIRE PAR LE MÉDECIN

*Votre patient désire faire retirer les tapis dans son logement, en raison de problèmes de santé. Pour cela, il faut une justification médicale.*

*Merci de compléter ce bref formulaire.*

- Le patient souffre-t-il d'asthme? Oui  Non
- Le patient souffre-t-il de d'allergies ou autres problèmes de santé reliés directement à la présence de tapis? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

- Si le patient présente des symptômes d'allergies pouvant être causés par la présence de tapis, est-ce que cela a été confirmé par un test fait par un allergologue ?

Oui  Non

- La présence de tapis nuit-elle à la mobilité du patient? Oui  Non
- Le retrait du tapis améliorera-t-il la condition de santé du patient reliée aux problèmes mentionnés ci-haut?

Oui  Non

De qu'elle façon? : \_\_\_\_\_

- Est-ce que les autres mesures préventives ont été appliquées (couvre-matelas, literie anti-allergène, pas d'animaux dans le logement, etc.)

Oui  Non

Commentaires additionnels :

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin

\_\_\_\_\_  
Numéro de pratique

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Date