



**DEMANDE D'INTERVENTION DU SERVICE  
D'ANALYSE DES MILIEUX INTERIEURS (SAMI)**

**DATE D'ENVOI DE LA DEMANDE :** .....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Nom:

Prénom :

Adresse du cabinet :

Numéro INAMI :

Tel. / GSM :

E-mail :

**Cachet et signature du médecin demandeur (obligatoires) :**

**PATIENT(S) :**

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date(s) de naissance:

Adresse :

**Tel. / GSM (indispensable) :**

E-mail :

**SYMPTÔMES RENCONTRES : (veuillez préciser) :**

- Allergies :
- Respiratoires :
- Dermatologiques :
- Non spécifiques (fatigue, céphalées,...) :
- Autres :

**POLLUANT(S) SUSPECTE(S) ET AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES UTILES:**

**A envoyer à *Hainaut Analyses* - site de Mons(SAMI)  
Boulevard Saintelette 55 - 7000 MONS  
Tél. : 065/40.36.10 - [ha.sami-mons@hainaut.be](mailto:ha.sami-mons@hainaut.be)**