

**OBSERVATOIRE NATIONAL DES ASTHMES PROFESSIONNELS**

**Déclarant :** NOM: Prénom :  
**Département du déclarant :**  
Adresse :  
téléphone : télécopie: adresse électronique :  
**Spécialité et mode d'exercice :**  
③ Pneumologue libéral ⑥ Pneumologue hospitalier ④ Allergologue  
⑤ Autre (précisez)

**CACHET**

**Patient :** NOM : (3 premières lettres) Prénom :  
① Masculin ② Féminin Date de naissance :  
Département du lieu de travail : Région :  
Caisse d'affiliation Sécurité Sociale :  
① Régime Général ② Régime Agricole ③ Fonctionnaire ④ Artisan, travailleur indépendant  
⑤ Autres (précisez)

**Profession (précisez) :**  
**Description du poste de travail :**

**Branche professionnelle (précisez) :**

**DATE DU DIAGNOSTIC D'ASTHME PROFESSIONNEL (mois/année)**

**Symptômes cliniques**

- ① Asthme  
② RADS (syndrome de BROOKS, syndrome d'hyperréactivité aigu induit des bronches).  
Symptômes atypiques (précisez)

**Diagnostic :**

	<b>OUI</b> ①	<b>NON</b> ②	<b>NON FAIT</b> ③
Symptômes rythmés par le travail			
Variation du débit de pointe en fonction de l'exposition professionnelle			
Variation de la spirométrie en fonction de l'exposition professionnelle			
Présence d'une hyperréactivité bronchique non spécifique (acétylcholine, carbachol, méta-choline)			
Tests cutanés positifs à la substance incriminée			
IgE spécifiques positives à la substance incriminée			
Test de provocation nasale spécifique positif			
Test de provocation bronchique spécifique positif			

**Selon vous, le diagnostic d'asthme professionnel est-il :**

- ① Certain ② Probable ③ Possible

**Etiologie :**

- ① Isocyanates ② Farine ③ Végétaux (autre que farine)  
④ Animaux ⑤ Chimiques (autres que isocyanates) ⑥ Métaux  
⑦ Non identifiés ⑧ Double sensibilisation

**Précisez la (les) substance(s) (obligatoire)**

**Déclaration de la maladie professionnelle :** ① OUI ② NON