

OBSERVATOIRE NATIONAL DES ASTHMES PROFESSIONNELS

Déclarant : _____ **Département du déclarant :** _____ **CACHET du médecin**
NOM _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Fax : _____
Spécialité et mode d'exercice :
 ③ Pneumologue libéral ④ Allergologue
 ⑥ Pneumologue hospitalier ⑤ Autre (précisez) _____

Patient :
NOM : (3 premières lettres) _____ **Prénom :** _____
Sexe : Masculin ① Féminin ②
Date de naissance : ____ ____ ____
Département du lieu de travail : ff **Région :** ff
Caisse d'affiliation Sécurité Sociale : ① Régime Général ③ Fonctionnaire
 ② Régime Agricole 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 :

	OUI ①	NON ②	NON FAIT 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