

L'Analyse Des Cheveux

Formulaire De Demande



TrichAnalytics
LABORATORY

#207 – 1753 Sean Heights, Saanichton BC V8M 0B3

Professionnel de santé

Date de soumission

Rapport à envoyer à:

☐ Courriel du professionnel de la santé

Nom*

PRÉNOM

VILLE

Email*

Langue du rapport*

Autre e-mail

NOM DE FAMILLE

PAYS DE RÉSIDENCE

Informations anonymes sur les patients

Numéro de code-barres du kit d'analyse*

Date de naissance (yyyy-mm-dd)*

Pays de résidence

Initiales du patient (par exemple, JC)*

Sexe à la naissance

Couleur de cheveux (naturelle)

Origine ethnique (veuillez cocher toutes les cases applicables)*

- ☐ Indien d'Amérique
- ☐ Asiatiques de l'Est (par exemple, chinois, japonais, coréen)
- ☐ Asiatique du Sud-Est (par exemple, Philippin, Vietnamien, Thaïlandais, Cambodgien)
- ☐ Sud-asiatiques (par exemple, Indiens, Pakistanais, Bangladais, Sri-Lankais, Népalais)
- ☐ Asie centrale (par exemple ouzbek, kazakh, tadjik)
- ☐ Noir ou afro-américain
- ☐ Hispanique ou Latino
- ☐ Premières Nations

- ☐ Métis
- ☐ Inuits
- ☐ Moyen-Orient
- ☐ Hawaïen de souche ou autre insulaire du Pacifique
- ☐ Afrique du Nord ou subsaharienne
- ☐ Blanc / Caucasien
- ☐ Autre race ou ethnie



L'Analyse Des Cheveux Formulaire De Demande suite...

Préférences alimentaires (veuillez cocher toutes les cases applicables)

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| ☐ Laitier | ☐ Sushi et/ou sashimi | ☐ Autre |
| ☐ Sans gluten | ☐ Végétarien | |
| ☐ Céto | ☐ Végétalien | |
| ☐ Méditerranéen | ☐ Europe occidentale | |
| ☐ Paléo | | |
| ☐ Viande rouge | | |

Liste des suppléments (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| ☐ Ne prend pas de compléments alimentaires | ☐ Phosphore | ☐ Autre |
| ☐ Calcium | ☐ Potassium | |
| ☐ Chrome | ☐ Sélénium | |
| ☐ Cobalt | ☐ Soufre | |
| ☐ Cuivre | ☐ Vanadium | |
| ☐ Fer | ☐ Zinc | |
| ☐ Magnésium | ☐ Multivitamine | |
| ☐ Manganèse | | |

Diagnostic clinique (veuillez cocher toutes les cases applicables)

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| ☐ Anémie | ☐ Diarrhée | ☐ Autre |
| ☐ Cancer | ☐ Maladie du foie | |
| ☐ Diabète | ☐ Maladie du rein | |
| ☐ Eczéma | ☐ Syndrome du côlon irritable | |
| ☐ Fatigue | ☐ Calculs rénaux | |
| ☐ Hémochromatose | ☐ Péri/ménopause | |
| ☐ Hyperkinésie | ☐ Anxiété | |
| ☐ Hypercalcémie | ☐ Déficit d'attention | |
| ☐ Psoriasis | ☐ Dépression | |
| ☐ Sclérodermie | ☐ Trouble d'apprentissage | |
| ☐ Ostéoporose | ☐ Perte de mémoire | |
| ☐ Angine | ☐ Schizophrénie | |
| ☐ Arteriosclerosis | ☐ Maniaco-dépression | |
| ☐ Artériosclérose | ☐ Autisme | |
| ☐ Hypertension | | |
| ☐ Maladie de Crohn | | |

Consentement*

☐ Je suis d'accord avec les trois points suivants ci-dessous:

1. Je comprends que l'interprétation ou toute autre information découlant de l'analyse capillaire sera entièrement basée sur mon jugement professionnel et ma connaissance du patient concerné.
2. L'analyse capillaire n'est pas un outil de diagnostic ; les résultats sont fournis à titre indicatif uniquement.
3. Je certifie par la présente que les informations ci-dessus fournies par ce cabinet sont complètes et exactes au meilleur de ma connaissance.

Signature

