

L'Analyse Des Cheveux Formulaire De Demande

Professionnel de santé

Date de soumission

Rapport à envoyer à:

Courriel du professionnel de la santé

Autre e-mail

Nom*

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

VILLE

PAYS DE RÉSIDENCE

Email* (les résultats seront envoyés à cette adresse e-mail)

Informations anonymes sur les patients

Numéro de code-barres du kit d'analyse*

Initiales du patient (par exemple, JC)*

Date de naissance (yyyy-mm-dd)*

Sexe à la naissance

Pays de résidence

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 ethnique

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

Préférences alimentaires (veuillez cocher toutes les cases applicables)

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laitier | <input type="checkbox"/> Sushi et/ou sashimi | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Sans gluten | <input type="checkbox"/> Végétarien | |
| <input type="checkbox"/> Céto | <input type="checkbox"/> Végétalien | |
| <input type="checkbox"/> Méditerranéen | <input type="checkbox"/> Europe occidentale | |
| <input type="checkbox"/> Paléo | | |
| <input type="checkbox"/> Viande rouge | | |

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

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ne prend pas de compléments alimentaires | <input type="checkbox"/> Phosphore | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Calcium | <input type="checkbox"/> Potassium | |
| <input type="checkbox"/> Chrome | <input type="checkbox"/> Sélénium | |
| <input type="checkbox"/> Cobalt | <input type="checkbox"/> Soufre | |
| <input type="checkbox"/> Cuivre | <input type="checkbox"/> Vanadium | |
| <input type="checkbox"/> Fer | <input type="checkbox"/> Zinc | |
| <input type="checkbox"/> Magnésium | <input type="checkbox"/> Multivitamine | |
| <input type="checkbox"/> Manganèse | | |

Diagnostic clinique (veuillez cocher toutes les cases applicables)

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

