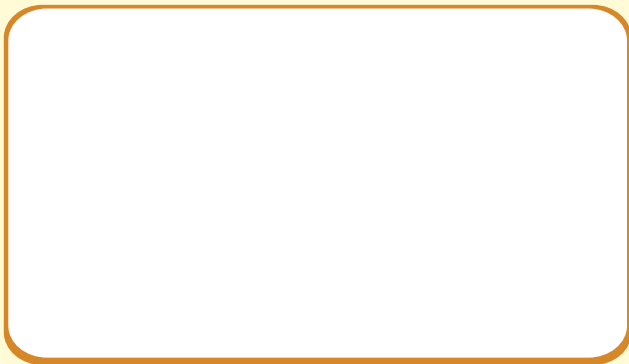


Laboratoire Daphne
 2363 Rue de Melbourne, Laval (QC) H7M 3A5
 Tél: +1 438-995-8093
 www.laboratoiredaphne.ca
 info@laboratoiredaphne.ca
 Skype: laboratoiredaphne



MODE D'EMPLOI: Veuillez remplir le Formulaire avec toutes les données requises.
 Insérer dans le sac en plastique l'échantillon et écrire dessus le nom et le prénom du client.
 Envoyer le Formulaire, l'échantillon et le reçu du paiement à l'adresse indiquée. Contacter Laboratoire Daphne pour les instructions de paiement. Signer lisiblement et dater le Formulaire. Les données doivent être écrites en lettres majuscules et bien lisibles.

Prénom * Nom * Âge * Adresse *

Ville * Province * Code Postal * Téléphone (domicile) *

Cellulaire Profession

Courriel électronique Lieu et Date de Naissance JOUR MOIS ANNÉE

Dans quelle structure physique vous reconnaissez-vous?
 À laquelle est-ce que vous visez?

Poids actuel en lb / Kg * Taille en pieds /cm * Sexe * M F Actuellement enceinte? OUI NON Ménopausée? OUI NON

Constipation? OUI NON quelques fois Insomnie? OUI NON quelques fois Pression Normal Hypotendue Hypertendue

Prenez-vous des médicaments? OUI NON (Indiquez les médicaments utilisés dans les notes) Avez-vous un bon rapport avec votre corps? OUI NON quelques fois Quel est votre groupe sanguin? A B AB O RH + -

Faites-vous du sport? OUI NON Lesquels et combien de fois par semaine?

Vous souffrez d'allergies? OUI NON Vous souffrez d'allergies à:

Vous avez: amalgame plombage dentaire obturation autre (Indiquez aussi la quantité) Numéro de cigarettes fumées par jour:

Indiquez les raisons pour lesquelles vous demandez le Test:

Les aliments que vous préférez manger: café alcool chocolat pain pâtes pizza légumes fruits légumineuses viande poisson sucres laitages céréales Les goûts que vous préférez: piquant salé âpre amer sucré Buvez-vous beaucoup d'eau? oui non combien de litres par jour?

FORMULAIRE CLIENT TEST D'INTOLERANCE ALIMENTAIRE - Vers. 18.08.2019

*Données obligatoires

TROUBLES ACTUELS

<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Fragilité Capillaires	<input type="checkbox"/> Hernie hiatale	<input type="checkbox"/> Œdème
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Colesthérol élevé	<input type="checkbox"/> Hyperglycémie	<input type="checkbox"/> Ostéoporose
<input type="checkbox"/> Alopécie	<input type="checkbox"/> Colite	<input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/> Parodontite
<input type="checkbox"/> Aménorrhée	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Phlébite
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Dermatite	<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Problèmes intestinaux
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Diabète: type -----	<input type="checkbox"/> Infections récurrentes	<input type="checkbox"/> Prostatite
<input type="checkbox"/> Artériosclérose	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Diverticulite	<input type="checkbox"/> Kyste ovarien	<input type="checkbox"/> Rhumatisme
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Dysménorrhée	<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque	<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques
<input type="checkbox"/> Arythmie	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Maladie de Menière	<input type="checkbox"/> Thalassémie
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Maladie de Raynaud	<input type="checkbox"/> Triglycérides élevés
<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Fibrome	<input type="checkbox"/> Météorisme	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques
<input type="checkbox"/> Calcul biliaire	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Migraine	<input type="checkbox"/> Troubles comportementaux
<input type="checkbox"/> Calcul rénal	<input type="checkbox"/> Goutte	<input type="checkbox"/> Myasthénie grave	<input type="checkbox"/> Ulcère gastrique
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Halitose	<input type="checkbox"/> Névralgies	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Candidose	<input type="checkbox"/> Hémorroïdes	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Vertiges

Notes:

Test pour le système métabolique (prélèvement salivaire ou mèche de cheveux)

- Thema 400** Analyse énergétique des **Intolérances Alimentaires**.
- Thema Junior** Analyse énergétique des **Intolérances Alimentaires pour les enfants**.
- Thema 02** Analyse énergétique des **Minéraux, Métaux toxiques et Oligo-éléments**.
- Thema 03 Fitness** Analyse énergétique des **Vitamines, Minéraux et Aminoacides**.
- Thema 04** Analyse énergétique des **Virus, Bactéries et Parasites**.
- Thema 06** Analyse énergétique de la **Dysbiose Intestinale**.
- Thema Exclusive** Analyse énergétique des **Intolérances Alimentaires, Minéralogramme et Dysbiose Intestinale**.
- Thema Exclusive Junior** Analyse énergétique des **Intolérances Alimentaires, Minéralogramme et Dysbiose Intestinale**.
- Panel S11 Foie** Analyse énergétique du **Foie**

Test pour le système immunitaire (prélèvement de sang capillaire)

- Vegan** Analyse immunitaire **IgG Food Test** (160 aliments: sans viande, poissons, produits laitiers et œufs)
- Lacto-Ovo-Vegetarian** Analyse immunitaire **IgG Food Test** (169 aliments: sans viande et poissons)
- Pescatarian** Analyse immunitaire **IgG Food Test** (205 aliments: sans viande)
- Gold 221** Analyse immunitaire **IgG Food Test** (221 aliments complet)

Les données fournies ne seront transmises en aucun cas à des tiers, mais utilisés exclusivement par Laboratoire Daphne à usage interne, afin de fournir ses services.

Date *

Signature lisible du client *