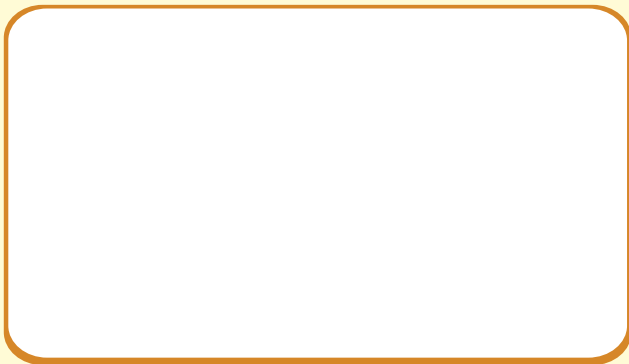


Laboratoire Daphne
 2363 Rue de Melbourne, Laval (QC) H7M 3A5
 Tel: +39 351-837-4745 (Italia)
 Tel: +1 438-995-8093 (Canada)
 www.laboratoiredaphne.ca
 info@laboratoiredaphne.ca



ISTRUZIONI: Compilare il Formulario con tutti i dati richiesti.
 Inserire nella bustina di plastica il campione e scrivere su di essa nome e cognome del cliente.
 Spedire il Formulario, il campione e la copia di pagamento all'indirizzo indicato. Contattare Laboratoire Daphne per le istruzioni di pagamento. Firmare leggibile e datare il Formulario. I dati vanno scritti in stampatello e leggibili.

Nome *	Cognome *	Anni *	Indirizzo *
Codice postale*	Città*	Provincia *	Telefono (casa) *
Cellulare 	Professione		
E-mail 	Luogo e Data di Nascita GIORNO MESE ANNO		

In quale struttura fisica ti riconosci?

 A quale vuoi tendere?

Attuale peso kg / lb *	Altezza cm / piedi *	Sesso * (M) (F)	Attualmente incinta? (SI) (NO)	In menopausa? (SI) (NO)
------------------------	----------------------	-----------------	--------------------------------	-------------------------

Stitichezza? (SI) (NO) (A VOLTE)	Insonnia? (SI) (NO) (A VOLTE)	Pressione (Normale) (Ipotesa) (Ipertesa)
----------------------------------	-------------------------------	--

Assumi farmaci? (SI) (NO) (Indicare i farmaci utilizzati nelle note)	Hai un buon rapporto con il tuo corpo? (SI) (NO) (A VOLTE)	Qual è il tuo gruppo sanguigno? (A) (B) (AB) (0) (RH+) (RH-)
---	--	---

Fai sport? (SI) (NO) Quali e quante volte a settimana: _____

Soffri di allergie? (SI) (NO) Soffri di allergia a: _____

Hai: amalgame piombature dentali otturazioni altro _____ (Indicare anche la quantità)

Nr. di sigarette fumate al giorno: _____

Indica il motivo per cui richiedi il Test: _____

Alimenti che preferisci mangiare: <input type="checkbox"/> caffè <input type="checkbox"/> pane <input type="checkbox"/> verdura <input type="checkbox"/> carne <input type="checkbox"/> latticini <input type="checkbox"/> alcol <input type="checkbox"/> pasta <input type="checkbox"/> frutta <input type="checkbox"/> pesce <input type="checkbox"/> cereali <input type="checkbox"/> cioccolata <input type="checkbox"/> pizza <input type="checkbox"/> legumi <input type="checkbox"/> zuccheri	Gusti che preferisci: <input type="checkbox"/> piccante <input type="checkbox"/> amaro <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> dolce <input type="checkbox"/> aspro	Bevi molta acqua? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quanti litri al giorno? _____
---	---	---

FORMULARIO CLIENTI TEST D'INTOLLERANZA ALIMENTARE - Vers. 18.08.2019

*Dati obbligatori

DISTURBI ATTUALI

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Cancro | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Nevralgie |
| <input type="checkbox"/> Affaticamento | <input type="checkbox"/> Candidosi | <input type="checkbox"/> Ernia iatale | <input type="checkbox"/> Obesità |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Capillari | <input type="checkbox"/> Fibroma | <input type="checkbox"/> Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> Alopecia | <input type="checkbox"/> Cisti ovariche | <input type="checkbox"/> Flebite | <input type="checkbox"/> Parodontite |
| <input type="checkbox"/> Amenorrea | <input type="checkbox"/> Colite | <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Problemi comportamentali |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Colesterolo alto | <input type="checkbox"/> Gotta | <input type="checkbox"/> Problemi intestinali |
| <input type="checkbox"/> Ansietà | <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> Infezioni ricorrenti | <input type="checkbox"/> Prostatite |
| <input type="checkbox"/> Aritmie | <input type="checkbox"/> Dermatiti | <input type="checkbox"/> Insonnia | <input type="checkbox"/> Psoriasi |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosi | <input type="checkbox"/> Diabete: tipo ----- | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artrosi | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Scelerosi multipla |
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Dismenorrea | <input type="checkbox"/> Iperglicemia | <input type="checkbox"/> Sindrome di Meniere |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Disturbi cardiaci | <input type="checkbox"/> Ipoglicemia | <input type="checkbox"/> Talassemia |
| <input type="checkbox"/> Alitosi | <input type="checkbox"/> Diverticolite | <input type="checkbox"/> Malattia di Raynaud | <input type="checkbox"/> Trigliceridi alti |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Meteorismo | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica |
| <input type="checkbox"/> Calcolosi biliare | <input type="checkbox"/> Eemicrania | <input type="checkbox"/> Miastenia grave | <input type="checkbox"/> Varici |
| <input type="checkbox"/> Calcolosi renale | <input type="checkbox"/> Emorroidi | <input type="checkbox"/> Morbo celiaco | <input type="checkbox"/> Vertigini |

Note:

Test per il sistema metabolico (prelievo con tampone salivare oppure ciocca di capelli)

- Thema 400** Analisi energetica delle **Intolleranze Alimentari**.
- Thema Junior** Analisi energetica delle **Intolleranze Alimentari per i bambini**.
- Thema 02** Analisi energetica dei **Minerali, Metalli tossici e Oligo-elementi**.
- Thema 03 Fitness** Analisi energetica delle **Vitamine, Minerali e Aminoacidi**.
- Thema 04** Analisi energetica dei **Virus, Batteri e Parassiti**.
- Thema 06** Analisi energetica della **Disbiosi Intestinale**.
- Thema Exclusive** Analisi energetica delle **Intolleranze Alimentari, Mineralogramma e Disbiosi Intestinale**.
- Thema Exclusive Junior** Analisi energetica delle **Intolleranze Alimentari, Mineralogramma e Disbiosi Intestinale**.
- Pannello S11** Analisi energetica del **Fegato**

Test per il sistema immunitario (prelievo di sangue capillare)

- Vegan** Analisi immunitaria **IgG Food Test** (160 alimenti: senza carne, pesce, latticini e uova)
- Lacto-Ovo-Vegetarian** Analisi immunitaria **IgG Food Test** (169 alimenti: senza carne e pesce)
- Pescatarian** Analisi immunitaria **IgG Food Test** (205 alimenti: senza carne)
- Gold 221** Analisi immunitaria **IgG Food Test** (221 alimenti completo)

I dati forniti non saranno diffusi in alcun modo a terzi parti, ma usati esclusivamente da Laboratoire Daphne ad uso interno, al fine di erogare i propri servizi.

Luogo e data*

Firma leggibile del cliente*