



# ENQUÊTE DU PATIENT POUR L'ANALYSE DES 12 ELEMENTS BIOMOL-MED

IMPORTANT: SEULEMENT LES CHEVEUX NON COLORIES SONT BONS A L'EXAMEN!

VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT AVEC LES MAJUSCULES. Mettez un "X" dans la case choisie.

PO-02/F5

## 1. Choisissez quelle Analyse des 12 elements vous voulez exécuter :

Le Programme préventif (graphiques, la supplémentation);

Le Programme analytique (seulement graphiques) – à remplir seulement les points 1, 2, 4, 19 - l'envoi du résultat sous forme électronique à une adresse e-mail.

## 2. DONNEES DU PACIENT NECESSAIRES POUR L'ANALYSE:

prénom										nom										pays									
numéro de téléphoné										âge (ans)			taille (cm)			poids (kg)			groupe sanguin			Sexe: <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme							

## 3. ADRESSE A LAQUELLE ON ENVERRA LE RESULTAT DE L'ANALYSE:

nom																													
rue, no, appartement, ville																													
ville / village										code postal										pays									

## 4. Je demande le résultat en:

polonais;  tchèque;  slovaque;  russe;  ukrainien;  anglais;  
 allemand;  français;  roumain;  hongrois;  italien.

Important: Le prix de l'examen ne comprend qu'une seule version linguistique de l'examen. La version supplémentaire contre paiement, conformément au tarif sur le site internet [www.biomol.pl](http://www.biomol.pl)

## 5. J'ordonne l'examen aux fins:

de la prophylaxie de santé;  de la réadaptation;  du soutien de traitement;  supplémentation sportive:

La consommation d'énergie par jour:

## 6. Examen:

premier;  suivant \_\_\_\_\_

Le sport:  de vitesse

d'endurance

de force

## 7. Grossesse:

Je planifie une grossesse;  Je suis enceinte:  mois;  J'allaité.

## 8. Syndromes de maladies confirmés par le diagnostic médical:

- osseuses/musculaires
- cardiaques/vasculaires
- du système digestif
- du système urinaire
- du système nerveux
- hormonales
- du hypothyroïdisme
- du système respiratoire
- dermatologiques
- allergologiques
- gynécologiques

## 9. Maladies confirmées par le diagnostic médical:

- Ostéoporose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Infarctus
- Varices
- Ulcère gastrique
- Enteropathies
- Asthme
- Achromie
- Psoriasis
- Sclérose disséminée
- Allergie

- Troubles du spectre de l'autisme: \_\_\_\_\_
- Tumeur \_\_\_\_\_ Stadium \_\_\_\_\_
- Hypertrophie de la prostate
- Diabète:  type I  
 type II
- Epilepsie
- Maladies du foie
- Autres: \_\_\_\_\_

## 10. Symptômes:

- arthritiques

- musculaires
- fréquente de fatigue
- Pyrosis
- Ballonnements
- Constipations
- Diarrhées
- Urination fréquente
- Mal durant l'urination
- Acné
- Psilose
- Psilose androgène
- Ongles fragiles
- Autres: \_\_\_\_\_

VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT AVEC LES MAJUSCULES. Mettez un "X" dans la case choisie.

11. Maladies familiales:	Tumeur;	Maladie coronarienne;	Maladie mentale;	Diabète;	Autres:
PÈRE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÈRE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRÈRES/SOEURS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAND-PÈRE/GRAND-MÈRE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Symptômes somatiques et psychosomatiques:	13. Mode de nourriture:	
<input type="checkbox"/> Sensation fréquente de fatigue <input type="checkbox"/> Troubles de concentration <input type="checkbox"/> Troubles de mémoire <input type="checkbox"/> Problèmes de s'endormir <input type="checkbox"/> Réveils en pleine nuit <input type="checkbox"/> Sensation de "nervosité" fréquente ou constante <input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents <input type="checkbox"/> Tourniolement de tête <input type="checkbox"/> Troubles de vue (scotome, épiphora, cuisson des yeux) <input type="checkbox"/> La perlèche <input type="checkbox"/> Les bruits dans les oreilles <input type="checkbox"/> Crampes <input type="checkbox"/> Palpitation <input type="checkbox"/> Peau sèche <input type="checkbox"/> Peau grasse <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage <input type="checkbox"/> Sensation fréquente de faim <input type="checkbox"/> J'ai souvent soif <input type="checkbox"/> Autres: _____	<input type="checkbox"/> Diète pauvre en glucides <input type="checkbox"/> Diète végétarienne <input type="checkbox"/> Diète protéique <input type="checkbox"/> Je applique diète _____ <input type="checkbox"/> Je n'applique aucune diète <input type="checkbox"/> Je mange beaucoup de fruits et de jus de fruits <input type="checkbox"/> Je mange beaucoup de viande et de graisses <input type="checkbox"/> Je mange beaucoup de produits laitiers <input type="checkbox"/> Je mange beaucoup de poissons <input type="checkbox"/> Je mange beaucoup de sucreries	<input type="checkbox"/> Je consacre souvent mes nuits <input type="checkbox"/> Je bois souvent de l'alcool <input type="checkbox"/> Je fume <input type="checkbox"/> Je vis en stress permanent
	14. Réaction au stress:	16. Nourrisson:
	<input type="checkbox"/> Je suis souvent agressif/-ive <input type="checkbox"/> Je m'émouvois de tout <input type="checkbox"/> Je suis hypersensible <input type="checkbox"/> J'ai souvent peur <input type="checkbox"/> J'ai des dispositions pour la dépression	J'ai souvent envie pour les repas: <input type="checkbox"/> - sucrés <input type="checkbox"/> - acides <input type="checkbox"/> - piquants <input type="checkbox"/> - amères <input type="checkbox"/> - salés <input type="checkbox"/> Je bois du café régulièrement <input type="checkbox"/> Je bois souvent du thé
	15. Mode de vie:	17. Exposition aux facteurs nuisifs au travail:
	<input type="checkbox"/> Je travaille beaucoup (plus de 8 h/jour)	<input type="checkbox"/> Chimiques <input type="checkbox"/> Physiques <input type="checkbox"/> champ électromagnétique <input type="checkbox"/> Hałas <input type="checkbox"/> Autres: _____

18. Médicaments vitamines, minéraux pris actuellement, anabolisants et autres (marquez depuis quand):

19. Veuillez m'envoyer mon résultat d'analyse d'éléments sur l'adresse e-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je donne mon accord pour le traitement de mes données personnelles aux fins de la réalisation de l'examen par Biomol-Med Sp. z o.o. sise à l'adresse ul. Huta Jagodnica 41, Łódź, que je fournis volontairement, en se réservant le droit de les vérifier et de les modifier, et aux fins d'envoi du résultat à l'adresse e-mail indiquée.

ATTENTION: Biomol-Med Sp. z o.o. n'assume pas la responsabilité pour le résultat non reçu par courrier électronique à cause d'une adresse fautive ou illisible.

-----  
signature lisible du Patient

FR

Le questionnaire a pour objectif de faire la connaissance du style de vie et des troubles subjectifs et objectifs de la santé. Il ne peut pas remplacer d'enquête détaillée et d'examen médical. Pourtant, il permettra de déterminer de manière plus exacte l'état nutritionnel et d'entreprendre des actions ayant pour objectif de minimiser le risque d'apparition de nombreuses maladies. L'interprétation de l'examen résultera des besoins individuels de l'organisme, identifiés au cours de l'analyse élémentaire des cheveux.

FR

Le résultat sera été élaboré conformément à la procédure d'examen PB-01 du 29.05.2014. La procédure PO-02 Le titre : L'enregistrement. La pièce jointe PO-02/F1; L'édition 2, La date d'édition le 10.01.2014.

Le résultat sera été élaboré conformément à la procédure d'examen PB-03 du 29.05.2014. La procédure PO-02 Le titre : L'enregistrement. La pièce jointe PO-02/F5; L'édition 3, La date d'édition le 26.06.2015.