

Laboratoire Daphne Inc.
 12135, Rue Anna Paquin, Montréal (QC) H1E 6S8
 Tél: 438-995-8093
 www.thefoodintolerance.com
 laboratoiredaphne@gmail.com
 Skype: laboratoiredaphne



Entreprise conforme UNI EN ISO 9001:2008 pour la Qualité



MODE D'EMPLOI: Mettez dans un sac en plastique une petite mèche de cheveux ou un tampon avec de la salive. Veuillez remplir ce formulaire avec toutes les données requises. Envoyez le Formulaire avec l'échantillon et le reçu du paiement à l'adresse indiquée. Contactez Laboratoire Daphne pour les instructions du paiement. Signez lisiblement et datez votre demande. Les données doivent être écrites en lettres majuscules et bien lisibles. Le client accepte tous les aspects juridiques du Daphne Méta BioTest consultables sur le site Internet ou auprès des Daphne Points. Chaque résultat du Daphne Méta BioTest doit toujours être sous le contrôle et approuvé par votre médecin de confiance.

FORMULAIRE 62 META BIO TEST DAPHNE

Prénom * Nom * Âge * Adresse *

Code Postal * Ville * Province * 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?

Avez-vous un bon rapport avec votre corps? OUI NON quelques fois

Quel est votre groupe sanguin?
 A AB RH + -
 B O Je ne me souviens pas

Poids actuel en lb * Taille pouce * Sexe * M F Actuellement enceinte? OUI NON Ménopausée? OUI NON

Est-ce que vos cheveux ont subi un traitement colorant, permanent, teinture ou autres? OUI NON Pression Normal Hypotendue Hypertendue

Prenez-vous des médicaments? OUI NON (Indiquez dans les notes les médicaments utilisés) Constipation? OUI NON quelques fois

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

Vous souffrez d'allergies à:

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

Indiquez les raisons pour lesquelles vous demandez le BioTest:

Les aliments que vous préférez manger: café pain légumes viande laitages alcool pâtes fruits poisson céréales chocolat pizza légumineuses sucres

Les goûts que vous préférez: picant amer salé doux âpre

Buvez-vous beaucoup d'eau? oui non combien de litres par jour?

(plusieurs réponses acceptées) (plusieurs réponses acceptées)

*Données obligatoires

TROUBLES ACTUELS

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

Êtes-vous une personne sûre? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Avez-vous des peurs/phobies? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Vous vous sentez plus fatigué le <input type="radio"/> matin <input type="radio"/> après-midi <input type="radio"/> soir	Pleurez-vous souvent? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Vous vous sentez plus <input type="radio"/> extraverti <input type="radio"/> introverti
Êtes-vous heureux? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Avez-vous eu des deuils récemment? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	Vous énervez-vous souvent? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Vivez-vous des sentiments de culpabilité? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Vous vous sentez plus <input type="radio"/> optimiste <input type="radio"/> pessimiste
Vivez-vous dans le stress? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Avez-vous souvent des cauchemars? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> quelques fois	Votre rage, vous la dévoulez <input type="radio"/> dedans <input type="radio"/> dehors <input type="radio"/> je ne sais pas	Vous vous sentez plus <input type="radio"/> individualiste <input type="radio"/> altruiste	Combien êtes-vous déterminé? (de 1 à 10) -----

Notes:

Système d'entreprise conforme
UNI EN ISO 9001:2008



Méthodologie certifiée par
les études ASL-AIAS
à 94% de Répétabilité



Avez-vous déjà effectué un Méta BioTest **DAPHNE** ?

OUI NON

Remplissez le tableau seulement en cas de réponse affirmative à la première question

Quel test avez-vous déjà effectué? Reportez le code à barres.

Reportez la date.

Après avoir suivi le protocole, vous vous êtes senti:

mieux pire comme avant

Sur quel plan:

physique psychologique les deux

Indiquez le Méta Bio Test **DAPHNE** *, au cas où vous n'effectuerez aucun choix, on élaborera le Thema 400:

- thema 400** Analyse bioénergétique des **Intolérances Alimentaires** + traitement naturel holistique.
- thema Junior** Analyse bioénergétique des **Intolérances Alimentaires pour les enfants**.
- thema 02** Analyse bioénergétique de **Minéraux, Métaux toxiques et Oligo-éléments**.
- thema 03 Fitness** Analyse bioénergétique de **Vitamines, Minéraux et Aminoacides**.
- thema 04** Analyse bioénergétique de **Virus, Bactéries et Parasites**.
- thema 06** Analyse bioénergétique de la **Dysbiose intestinale**
- thema 07** Analyse bioénergétique du **Métabolisme du Calcium**
- thema 08 Anti-Âge** Analyse bioénergétique d'Oxydation, Métabolites, anti-Radicaux Libres et **Anti-Âge** de la peau
- thema 15 Esthetic** Analyse bioénergétique des **Intolérances Alimentaires, Anti-Âge** et **anti-radicaux libres**
- thema Exclusive** Analyse bioénergétique des **Intolérances Alimentaires, Minéralogramme et Dysbiose Intestinale**
- thema Exclusive Junior** Analyse bioénergétique des **Intolérances Alimentaires, Minéralogramme et Dysbiose Intestinale**
- panel S**

1 Additifs	2 Dental1	3 Dental2	7 Gemmo-dérivés	11 Hépatique
------------	-----------	-----------	-----------------	--------------
- programme alimentaire**

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

Lieu et date *

Signature lisible du client *

----- Les formulaires non signés et non datés pourraient ne pas être traités. -----