

PATIENT	MÉDECIN PRESCRIPTEUR
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Rue, N°
Date de naissance	Code postal, Ville
Matricule	Pays
Rue, N°	Tél
Code postal, Ville	Email
Pays	
Tél	
Email	

IMPORTANT:

Veuillez s.v.p. remplir ce questionnaire en lettres majuscules et veillez à répondre à toutes les questions. Toutes les informations sont fournies volontairement.

Profil personnel		Supplément nutritionnel
Age <input type="text"/> ans	Antagrégants plaquettaire <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Vitamin B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> complexe
Origine ethnique <input type="checkbox"/> Caucasienne	<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> B12
<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> acide acétylsalicylique	<input type="checkbox"/> B9 (acide folique)
<input type="checkbox"/> Africaine	<input type="checkbox"/> clopidogrel	Vitamin C <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Vitamin D <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Taille <input type="text"/> cm	Anticoagulants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Vitamin E <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poids <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> dérivé de la coumarine	Acides gras oméga-3 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Groupe sanguin <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> héparine	Calcium <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Magnésium <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Style de vie	Analgésiques <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois	Fer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> régulièrement	Sélénium <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ex-fumeur <input type="checkbox"/> depuis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> paracétamol	Zinc <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nombre de cigarettes, cigares, pipes fumées par jour? <input type="checkbox"/> 1 - 5 <input type="checkbox"/> 6 - 10	<input type="checkbox"/> ibuprofène	autres <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 11 - 20 <input type="checkbox"/> > 20	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Habitudes alimentaires
Activité physique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Glucocorticoïdes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Intolérance(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
(au moins 30 min) <input type="checkbox"/> quot. <input type="checkbox"/> 1x/sem.	<input type="checkbox"/> cortisone	<input type="checkbox"/> gluten <input type="checkbox"/> fructose
<input type="checkbox"/> 2x/sem. <input type="checkbox"/> 3-6x/sem.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> lactose
sport d'endurance <input type="checkbox"/> (jogging, bicyclette, etc.)	Antidépresseurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
sport de force <input type="checkbox"/> (trekking, natation, etc.)	Barbituriques <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois	Allergie alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
sport « corps-esprit » <input type="checkbox"/> (Pilates, Yoga, Tai Chi, etc.)	<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> noix <input type="checkbox"/> poisson
autres <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Antiépileptiques <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> arachides <input type="checkbox"/> soja
Immobilité prolongée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> crustacés
fréquente (style de vie sédentaire, vols à longue distance, etc.)	<input type="checkbox"/> valproate	<input type="checkbox"/> oeufs
Stress <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> carboxamide	<input type="checkbox"/> lait de vache
<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> benzodiazépine	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Médication actuelle	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Végétarien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Statines <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Traitement hormonal de substitution <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Végétalien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres médicaments hypolipidémiants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> estrogènes	
Antihypertenseurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> gestagènes	
inhibiteur de l'enzyme de conversion <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> testostérone	
bêta-bloquant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> < 5 ans <input type="checkbox"/> > 5 ans	
antagoniste du calcium <input type="checkbox"/>	Contraception orale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> discontinuée	
Diurétiques <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> à longue durée	
<input type="checkbox"/> diurétique de l'anse	Autres médicaments <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> diurétique thiazidique		

Barcode:



QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE



PATIENT
Nom
Prénom
Date de naissance

MÉDECIN PRESCRIPTEUR
Nom
Prénom

COLOgen

Vos antécédents médicaux personnels

Troubles de la digestion	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie inflammatoire de l'intestin	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn	
	<input type="checkbox"/> Colitis ulceroosa	
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Cancer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Vessie
	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Rein
	<input type="checkbox"/> Côlon	<input type="checkbox"/> Sein
	<input type="checkbox"/> Leucémie	
	<input type="checkbox"/> Estomac	
	<input type="checkbox"/> Peau	
	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="text"/>	

Vos antécédents familiaux*

*veuillez seulement considérer les parents **au premier et au deuxième degré** (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)

Cancer du côlon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nombre de membres de la famille touchés?	<input type="checkbox"/> 1 personne	<input type="checkbox"/> > 1 personne

DETOXgen

Agitation, hyperactivité	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Anxiété	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Manque d'énergie, fatigue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Troubles de l'humeur (ex: changements d'humeur, dépressions, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Maux de tête	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Etourdissement	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Manque d'appétit	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Goût métallique dans la bouche	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Infections dans la bouche	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Picotements dans les mains/pieds	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Douleurs articulaires et musculaires	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Sommeil agité, insomnies	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Trouble déficitaire de l'attention/ Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Troubles circulatoires	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> régulièrement
Sensibilité pour des maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Exposition environnementale

Présence d'amalgame dentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------	------------------------------

Métaux lourds (ex: cadmium, plomb, mercure, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Peintures, solvants, colles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Résines époxyde (ex: colles époxyde, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pesticides : insecticides, herbicides, etc.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Polychlorobiphényles (PCBs) (ex: comme plastifiants dans les peintures, adhésifs, PVCs, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Gaz d'échappement des voitures (résider/travailler en ville)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Coloration régulière des cheveux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Vos antécédents médicaux personnels

Troubles de la digestion	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie du foie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie de la peau laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie inflammatoire laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Allergie laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cancer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Vessie
	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Rein
	<input type="checkbox"/> Côlon	<input type="checkbox"/> Sein
	<input type="checkbox"/> Leucémie	
	<input type="checkbox"/> Estomac	
	<input type="checkbox"/> Peau	
	<input type="checkbox"/>	
Alopécie (chute des cheveux)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Anémie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Arthrite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autre :	<input type="text"/>	

DIABETOgen

Tour de taille (mesuré à hauteur du nombril)	<input type="text"/> cm
Glycémie (à jeun)	<input type="text"/> mg/dl
Insuline (à jeun)	<input type="text"/> mg/dl
HbA1c	<input type="text"/> %

Vos antécédents médicaux personnels

Obésité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> type 1	<input type="checkbox"/> type 2
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde	
	<input type="checkbox"/>	
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> hypofonctionnement	
	<input type="checkbox"/> hyperfonctionnement	
	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Vessie
	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Rein
	<input type="checkbox"/> Côlon	<input type="checkbox"/> Sein
	<input type="checkbox"/> Leucémie	
	<input type="checkbox"/> Estomac	
	<input type="checkbox"/> Peau	
	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="text"/>	

Barcode:



PATIENT
Nom
Prénom
Date de naissance

MÉDECIN PRESCRIPTEUR
Nom
Prénom

Vos antécédents familiaux*

*veuillez seulement considérer les parents **au premier et au deuxième degré** (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)

Obésité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> type 1	<input type="checkbox"/> type 2
Cancer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

FITgen

Tour de taille cm
(mesuré à hauteur du nombril)

Tension artérielle mmHg
systolique/diastolique (ex: 120/80 mmHg)

Manque d'énergie, fatigue ☐ oui ☐ non

Vos antécédents médicaux personnels

Migraine ☐ oui ☐ non

Troubles de la digestion ☐ oui ☐ non

Maladie inflammatoire
laquelle ?

Allergie
laquelle ?

Maladie cardiovasculaire ☐ oui ☐ non
☐ Infarctus du myocarde
☐

Hypertension ☐ oui ☐ non

Hyperlipidémie ☐ oui ☐ non

Obésité ☐ oui ☐ non

Diabète ☐ oui ☐ non
☐ type 1 ☐ type 2

Ostéoporose ☐ oui ☐ non

Cancer ☐ oui ☐ non
☐ Foie ☐ Vessie
☐ Poumon ☐ Rein
☐ Côlon ☐ Sein
☐ Leucémie
☐ Estomac
☐ Peau
☐

Blessure de sport
laquelle ?

Autre :

FEMgen

Antécédents gynécologiques

Premières règles (ménarche) ☐ < 13 ans ☐ > 13 ans

Ménopause ☐ oui ☐ non
☐ < 54 ans ☐ > 54 ans

Grossesse ☐ oui ☐ non

< 30 a. au premier accouchement ☐

> 30 a. au premier accouchement ☐

Allaitement ☐ oui ☐ non
☐ < 1 an ☐ > 1 an

Densité mammographique
élevée (≥ 75%) ☐ oui ☐ non

Vos antécédents médicaux personnels

Obésité ☐ oui ☐ non
☐ prémenopausal
☐ postmenopausal

Diabète ☐ oui ☐ non
☐ type 1 ☐ type 2

Maladie cardiovasculaire ☐ oui ☐ non
☐ Infarctus du myocarde
☐

Maladie de la thyroïde ☐ oui ☐ non
☐ hypofonctionnement
☐ hyperfonctionnement
☐

LIPIDgen

Taux de LDL mg/dl

Taux de HDL mg/dl

Cholestérol total mg/dl

Triglycérides mg/dl

Tension artérielle
systolique/diastolique (ex: 120/80 mmHg) mmHg

Vos antécédents médicaux personnels

Diabète ☐ oui ☐ non
☐ type 1 ☐ type 2

Hypertension ☐ oui ☐ non

Maladie cardiovasculaire ☐ oui ☐ non
☐ Infarctus du myocarde
☐

Hyperlipidémie ☐ oui ☐ non

Obésité ☐ oui ☐ non

Maladie bénigne des seins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> avant la ménopause <input type="checkbox"/> après la ménopause
Hyperplasie atypique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> avant la ménopause <input type="checkbox"/> après la ménopause
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Côlon <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> <input type="text"/>

Autre :

Vos antécédents familiaux*

*veuillez seulement considérer les parents **au premier et au deuxième degré** (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)

Cancer du sein ☐ oui ☐ non

Nombre de membres
de la famille touchés? ☐ 1 personne
☐ > 1 personne

Médication actuelle

Tamoxifène ☐ oui ☐ non

Raloxifène ☐ oui ☐ non

Inhibiteurs de l'aromatase ☐ oui ☐ non

Maladie rénale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie du foie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> hypofonctionnement <input type="checkbox"/> hyperfonctionnement <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Côlon <input type="checkbox"/> Sein

Barcode:



PATIENT	MÉDECIN PRESCRIPTEUR
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Date de naissance	

☐ Leucémie ☐ Estomac
☐ Peau
☐
 Autre :

Vos antécédents familiaux*

*veuillez seulement considérer les parents **au premier et au deuxième degré** (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)

Diabète ☐ oui ☐ non
 Hyperlipidémie ☐ oui ☐ non

Obésité ☐ oui ☐ non
 Hypertension ☐ oui ☐ non
 Maladie cardiovasculaire ☐ oui ☐ non
☐ Infarctus du myocarde
☐

OSTEOgen

Exposition aux UV ☐ jamais ☐ parfois ☐ régulièrement
 Couleur de la peau ☐ type I (« blanc ») ☐ type II (« beige ») ☐ type III (« brun clair ») ☐ type IV (« brun moyen ») ☐ type V (« brun foncé ») ☐ type VI (« noir »)
 Mal de dos ☐ jamais ☐ parfois ☐ régulièrement
 Diminution progressive de la taille ☐ oui ☐ non
 Mauvaise posture ☐ oui ☐ non
Vos antécédents médicaux personnels
 Ostéoporose ☐ oui ☐ non
 Fracture ☐ oui ☐ non
☐ col du fémur ☐ poignet ☐ côte(s) ☐ vertèbre(s) ☐

Trouble articulaire (arthropathie) ☐ oui ☐ non
 Périodontite ☐ oui ☐ non
 Troubles de la digestion ☐ oui ☐ non
 Maladie inflammatoire laquelle ?
 Allergie laquelle ?
 Hypertension ☐ oui ☐ non
 Hyperlipidémie ☐ oui ☐ non
 Obésité ☐ oui ☐ non
 Diabète ☐ oui ☐ non ☐ type 1 ☐ type 2
 Maladie rénale ☐ oui ☐ non
 Maladie du foie ☐ oui ☐ non
 Maladie de la thyroïde ☐ oui ☐ non ☐ hypofonctionnement ☐ hyperfonctionnement ☐
 Maladie de Parkinson ☐ oui ☐ non
 Troubles alimentaires ☐ oui ☐ non ☐ anorexie nervosa ☐ boulimie ☐ compulsions alimentaires

Cancer ☐ oui ☐ non
☐ Foie ☐ Vessie
☐ Poumon ☐ Rein
☐ Côlon ☐ Sein
☐ Leucémie
☐ Estomac
☐ Peau
☐
 Autre :

Vos antécédents familiaux*
 *veuillez seulement considérer les parents **au premier et au deuxième degré** (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)
 Ostéoporose ☐ oui ☐ non
 Fracture ☐ oui ☐ non
☐ col du fémur ☐ poignet ☐ côte(s) ☐ vertèbre(s) ☐

PROSTATEgen

Taux de testostérone µg/l
 IGF-1 µg/l
Exposition environnementale
 Pesticides : insecticides, herbicides, etc. ☐ oui ☐ non
Vos antécédents médicaux personnels
 Vasectomie ☐ oui ☐ non
 Étiez-vous déjà infecté par la syphilis? ☐ oui ☐ non
 Étiez-vous déjà infecté par la gonorrhée? ☐ oui ☐ non ☐ 1 x ☐ > 1 x

Cancer ☐ oui ☐ non
☐ Foie ☐ Vessie
☐ Poumon ☐ Rein
☐ Côlon ☐ Sein
☐ Leucémie
☐ Estomac
☐ Peau
☐
 Autre :

Vos antécédents familiaux*
 *veuillez seulement considérer les parents **au premier et au deuxième degré** (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)
 Cancer de la prostate ☐ oui ☐ non

SKINgen

Vos antécédents médicaux personnels

Maladie de la peau ☐ oui ☐ non
☐ acné ☐ psoriasis
☐ eczéma
☐ dermatite
☐

Barcode:



PATIENT		MÉDECIN PRESCRIPTEUR	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Date de naissance			

Déséquilibre des hormones sexuelles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Exposition environnementale	
Troubles de la digestion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Présence d'amalgame dentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie inflammatoire laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="text"/>	Pesticides : insecticides, herbicides, etc.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergie laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="text"/>	Peintures, solvants, colles Klebstoffe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Gaz d'échappement des voitures (résider/travailler en ville)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Vessie	Coloration régulière des cheveux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Rein	Usage fréquent de détergents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Côlon <input type="checkbox"/> Sein	Profil de la peau	
	<input type="checkbox"/> Leucémie	Application régulière de substances contenant des vitamines/antioxydants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Estomac	Application régulière de huiles minérales, de l'alcool, du parfum	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Peau	Make-up	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
Autre :	<input type="text"/>		

Couleur de la peau	<input type="checkbox"/> type I (« blanc ») <input type="checkbox"/> type II (« beige ») <input type="checkbox"/> type III (« brun clair ») <input type="checkbox"/> type IV (« brun moyen ») <input type="checkbox"/> type V (« brun foncé ») <input type="checkbox"/> type VI (« noir »)
État de la peau 1	<input type="checkbox"/> peau grasse <input type="checkbox"/> peau sèche <input type="checkbox"/> peau sensible
État de la peau 2	<input type="checkbox"/> rides <input type="checkbox"/> cicatrices d'acné <input type="checkbox"/> taches pigmentaires
Exposition aux UV	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Coups de soleil	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement

THROMBOgen

Troubles circulatoires	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Picotements dans les mains/pieds	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Tension ou douleur dans les jambes/mollets	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Jambes ou chevilles enflées	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Jambes lourdes	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Veines variqueuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Douleur dans les pieds/jambes lors de la marche	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> régulièrement
Fausses-couches (à répétition)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vos antécédents médicaux personnels	
Thrombose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Thrombophilie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Œdème(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Athérosclérose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="text"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> type 1 <input type="checkbox"/> type 2

Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie inflammatoire de l'intestin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre :	<input type="text"/>
Vos antécédents familiaux*	
*veuillez seulement considérer les parents au premier et au deuxième degré (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)	
Thrombose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Thrombophilie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="text"/>
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

WEIGHTgen

Tour de taille (mesuré à hauteur du nombril)	<input type="text"/> cm
Tension artérielle systolique/diastolique (ex: 120/80 mmHg)	<input type="text"/> mmHg
Taux de LDL	<input type="text"/> mg/dl
Taux de HDL	<input type="text"/> mg/dl
Cholestérol total	<input type="text"/> mg/dl
Triglycérides	<input type="text"/> mg/dl

Vos antécédents médicaux personnels	
Troubles de la digestion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie inflammatoire laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="text"/>
Allergie laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="text"/>
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="text"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> type 1 <input type="checkbox"/> type 2

Barcode:



PATIENT	MÉDECIN PRESCRIPTEUR
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Date de naissance	

Maladie du foie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> hypofonctionnement
	<input type="checkbox"/> hyperfonctionnement
	<input type="checkbox"/> []
Maladie de la peau laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	[]
Osteoporose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> Leucémie

<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Estomac
<input type="checkbox"/> Côlon	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Peau
	<input type="checkbox"/> []	
Autre : []		
Vos antécédents familiaux*		
*veuillez seulement considérer les parents au premier et au deuxième degré (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)		

Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde
	<input type="checkbox"/> []
Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Well-being

Tour de taille (mesuré à hauteur du nombril)	[] cm
Taux de LDL	[] mg/dl
Taux de HDL	[] mg/dl
Cholestérol total	[] mg/dl
Triglycérides	[] mg/dl
Tension artérielle systolique/diastolique (ex: 120/80 mmHg)	[] mmHg
Troubles de l'humeur (ex. changements d'humeur, dépressions, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Manque d'énergie, fatigue	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Exposition environnementale	
Présence d'amalgame dentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pesticides : insecticides, herbicides, etc.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Peintures, solvants, colles, Klebstoffe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Gaz d'échappement des voitures (résider/travailler en ville)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coloration régulière des cheveux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vos antécédents médicaux personnels	
Migraines	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de la peau laquelle ?	[]
Périodontite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles de la digestion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie inflammatoire laquelle ?	[]
Allergie laquelle ?	[]
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde
	<input type="checkbox"/> []

Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> type 1 <input type="checkbox"/> type 2
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperurikémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie du foie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Osteoporose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> hypofonctionnement
	<input type="checkbox"/> hyperfonctionnement
	<input type="checkbox"/> []
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Vessie
	<input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Rein
	<input type="checkbox"/> Côlon <input type="checkbox"/> Sein
	<input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Estomac
	<input type="checkbox"/> Peau
	<input type="checkbox"/> []
Autre : []	
Vos antécédents familiaux*	
*veuillez seulement considérer les parents au premier et au deuxième degré (ex: grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes, nièces, neveux, petits-enfants)	
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde
	<input type="checkbox"/> []
Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cancer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Zum Hautprofil	
Application régulière de substances contenant des vitamines/antioxydants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Application régulière de substances contenant des huiles minérales, de l'alcool, du parfum	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Make-up	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Couleur de la peau	<input type="checkbox"/> type I (« blanc »)
	<input type="checkbox"/> type II (« beige »)
	<input type="checkbox"/> type III (« brun clair »)
	<input type="checkbox"/> type IV (« brun moyen »)
	<input type="checkbox"/> type V (« brun foncé »)
	<input type="checkbox"/> type VI (« noir »)
État de la peau 1	<input type="checkbox"/> peau grasse <input type="checkbox"/> peau sèche
	<input type="checkbox"/> peau sensible
État de la peau 2	<input type="checkbox"/> rides
	<input type="checkbox"/> cicatrices d'acné
	<input type="checkbox"/> taches pigmentaires
Exposition aux UV	<input type="checkbox"/> jamais
	<input type="checkbox"/> parfois
	<input type="checkbox"/> régulièrement
Coups de soleil	<input type="checkbox"/> jamais
	<input type="checkbox"/> parfois
	<input type="checkbox"/> régulièrement

Barcode:

