

RECUEIL DES DONNÉES

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Les informations médicales que vous renseignez sont couvertes par le secret professionnel. Ce recueil des données de santé est indispensable pour permettre En apportant le maximum d'informations la meilleure prise en charge possible. Afin de préserver la confidentialité, ce questionnaire sera conservé en sécurité, dans un lieu respectant le secret professionnel. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au professionnel vous ayant pris en charge.

NOM: PRÉNOM: DATE DE NAISSANCE:

Informations complémentaires:

.....

.....

.....

.....

		Si oui merci de préciser	
1	Êtes-vous actuellement sujet(e) à des crises d'épilepsie ou avez-vous été soumis(e) à des vertiges ou nausées suite à des lumières clignotantes ou intenses?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans quelle(s) situation(s):
2	Avez-vous des allergies connues aux plastiques et autres résines? Plus spécifiquement au polypropylène, silicone ou polyester?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quel(s) type(s):
3	Ressentez-vous une hypersensibilité aux radiofréquences, c'est à dire avez-vous déjà ressenti des sensations de nausée ou maux de tête suite à l'utilisation d'un appareil électrique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quel(s) type(s):
4	Êtes-vous sujet à des phobies de type claustrophobie (peur d'être enfermé), achluophobie (peur du noir) ou phonophobie (peur du bruit)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelle(s) type(s):

Observations particulières:

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le

Signature: