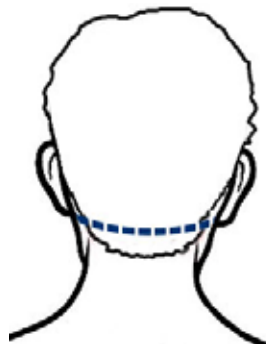


Dans un souci de fiabilité des résultats, le prélèvement doit être effectué sur la partie postérieure de la tête, le plus près possible de la racine, sur 3 à 4 cm de la longueur.

Coupez des mèches en des zones différentes afin d'obtenir une cuillère à soupe de cheveux.

La pesée précise d'1 gramme étant effectuée à l'aide de la balancelle fournie, mettez les cheveux dans l'enveloppe bleue destinée à cet usage. Ne pas omettre d'y reporter vos noms et adresses. Nous adresser le tout dans l'enveloppe postale sans oublier de joindre le règlement libellé à l'ordre de PROTEC-SEROM.



--- zone de prélèvement

BILAN 20 ELEMENTS		48,50€ HT soit 58€ TTC	
Argent	Ag	Mercure	Hg
Aluminium	Al	Nickel	Ni
Cadmium	Cd	Plomb	Pb
Calcium	Ca	Sélénium	Se
Cuivre	Cu	Silicium	Si
Chrome	Cr	Zinc	Zn
Cobalt	Co	Lithium	Li
Fer	Fe	Molybdène	Mo
Magnésium	Mg	Phosphore	P
Manganèse	Mn	Soufre	S

MODE DE PAIEMENT	
Je paie à la commande	Signature obligatoire si règlement par CB
<input type="checkbox"/> Par chèque ci-joint à l'ordre de PROTEC SEROM	<input type="checkbox"/> Par Carte bancaire Type de CB : CB VISA MASTERCARD _____ (Numéro carte) (Expire fin : Mois / Année) _____ (Cryptogramme) _____

Ce questionnaire a pour but de mieux comprendre votre mode de vie afin que les résultats de votre analyse soient les plus justes et les plus pertinents.

SEXE masculin féminin

AGE..... **PROFESSION**.....

LIEU DE RÉSIDENCE campagne
petite ville
grande ville

SOINS CAPILLAIRES

- Teignez-vous vos cheveux :..... **OUI** **NON**
- Avez-vous des cheveux permanents ou défrisés depuis moins de 6 mois : **OUI** **NON**
- Quels sont vos Produits capillaires habituels :
.....

TYPE D'ALIMENTATION

- Suivez vous un régime d'éviction :..... **OUI** **NON**
- Si oui de quels aliments?

EAU MINÉRALE

- Prise régulièrement :**OUI** **NON**
- Si oui, quelle marque :
- Consommation des produits de la mer (coquillages, poissons)
.....Peu Moyen Beaucoup

Nom.....

Prénom.....

Rue et N°.....

Code postal..... Ville.....

Bureau distributeur.....

Téléphone.....

TRAITEMENTS EN COURS

- Pilule..... **OUI** **NON**
- Anti-acide gastrique..... **OUI** **NON**
- Somnifères **OUI** **NON**
- Diurétiques..... **OUI** **NON**
- Antibiothérapie **OUI** **NON**
- Oligo-éléments **OUI** **NON**
- Autres **OUI** **NON**
- Etes vous enceinte ou avez vous accouché récemment **OUI** **NON**
- Avez-vous subi des obturations dentaires / amalgames au cours des 12 derniers mois **OUI** **NON**

VIE AU QUOTIDIEN

- Consommation de tabac..... **OUI** **NON**
- Plus de 20 cigarettes par jour... **OUI** **NON**
- Bains en piscine..... **OUI** **NON**
- Nombre de fois par mois.....
- Groupe sanguin.....

Merci de cocher la réponse choisie. Ce questionnaire est strictement confidentiel, les résultats seront communiqués directement à votre thérapeute.