

## FORMULAIRE DE TÉMOIGNAGE

Nom		Prénom	
Adresse		Ville	
Province		Code postal	
Pays		Téléphone	
Courriel		Âge	
Profession			
Adresse postale : <input type="checkbox"/> Même <input type="checkbox"/> Sinon			

**J'autorise l'ICBT à identifier mon témoignage selon les spécifications suivantes :**

Pseudonyme soit : \_\_\_\_\_ ou  Anonyme

➤ \*Signature : \_\_\_\_\_ \*Date : \_\_\_\_\_

**J'autorise l'ICBT à éditer et/ou condenser mon témoignage si nécessaire et à le faire paraître quel que soit le média utilisé.**

➤ \*Signature : \_\_\_\_\_ \*Date : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PERTINENTES

Motif de la consultation	
Maladie ou symptôme(s) concerné(s)	
Depuis quand étiez-vous affecté par cette problématique ?	
Avez-vous reçu un diagnostic médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous suivi un traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel ?	
Cette évolution a-t-elle été constatée par un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Source(s) des informations et/ou des consultations en Biologie Totale ayant contribué aux changements relatés, selon vous :

Conseiller en Biologie Totale <input type="checkbox"/> (nom optionnel)	Nom
Est-il membre de l'ICBT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Autre type d'intervenant <input type="checkbox"/>	Spécifier
Enseignement(s) en BT animé(s) par	
Autre : <input type="checkbox"/>	Spécifier

**(suite)**

