

Fo**FoodHealth**[®]
by LIFESTYLE[©]ENOMICS

COLAR ETIQUETAS AQUI

Utente

Nome _____

Data de Nascimento _____

Género feminino masculino

Email _____

Tel _____

Requisitante

Nome _____

 Médico Nutricionista Outro

Assinatura _____

Email _____

Tel _____

Amostra

Data da Colheita _____

Informação Clínica

Peso (Kg) _____

Altura (cm) _____

Relação Cintura / Anca _____

Fez dieta acompanhado(a) por um(a) nutricionista? Sim NãoSe sim, recuperou o peso perdido? Sim NãoQuantas horas dorme regularmente? <6 7 8 9 >9Quanto minutos de atividade física realiza por semana? <50 >75 >100Tem tendência para comer entre refeições? Sim NãoQuanto cafés consome por dia? 0-1 2-3 +4**Consentimento Informado**

Autorizo a realização do teste acima indicado sobre o qual fui previamente esclarecido de forma clara e objectiva sobre a aplicação e limitações do mesmo. Autorizo a colheita da amostra biológica necessária à realização do teste FoodHealth pelo Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa ou, quando necessário, por outros laboratórios designados pelo mesmo. Autorizo que os dados constantes deste formulário sejam registados e tratados apenas por profissionais devidamente autorizados garantindo a protecção e confidencialidade de acordo com a lei em vigor. Fui informado sobre o meu direito em revogar o consentimento em qualquer altura sem necessidade de justificação, enviando um email.

Assinatura do Utente _____
(ou de representante legal se menor ou incapaz)*Para mais informações:***+351 210 416 538**www.lifestylegenomics.comlifestylegenomics@germanodesousa.com**GERMANO DE SOUSA**
CENTRO DE MEDICINA LABORATORIAL

MARCA DO GRUPO

Mod.24B.01