# RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Femme)

Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance (année-mois-jour): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (maison) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cellulaire)

### Peut-on vous laisser des messages téléphoniques ? Oui Non

Personne à contacter en cas d’urgence (nom, téléphone et lien avec cette personne): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Êtes-vous couverte par des assurances? Oui Non

Qui vous a référé? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels professionnels de la santé consultez-vous régulièrement? :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels sont vos soucis de santé actuels, par ordre d’importance? :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Êtes-vous actuellement enceinte? Oui Non

Souffrez-vous d’allergies (alimentaires, médicales, environnementales, etc.)? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Quels médicaments et suppléments alimentaires prenez-vous en ce moment?

### (Veuillez préciser la marque, les ingrédients et la posologie quotidienne)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien de fois avez-vous été soigné(e) aux antibiotiques jusqu’à présent? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Êtes-vous exposé(e) à la fumée secondaire? Oui Non

Suivez-vous un régime alimentaire restrictif (par exemple, végétarien ou religieux) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quel(s) sport(s) ou exercices pratiquez-vous ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prenez-vous souvent :

De l’aspirine / des laxatifs / des pilules d’amaigrissement / des antiacides / de l’alcool du tabac / du café / des drogues / des édulcorants de synthèse (aspartame, Splenda) / la pilule contraceptive (ou toute autre forme de contraception médicale telle que le stérilet ou les injections)

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

## Général

* Poids :
* Poids il y a un an :
* Poids maximal (quand?) :
* Poids minimal (quand?) :
* Taille :
* Souffrez-vous de fatigue?
* Avez-vous parfois des frissons ou de la fièvre?

**Quels vaccins avez-vous reçus depuis votre naissance?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 DPT (diphtérie, coqueluche, tétanos) | 🞎 Haemophilus influenzae B | 🞎 Hépatite A |
| 🞎 Vaccin antitétanique\_\_\_\_\_\_ | 🞎 Grippe | 🞎 Hépatite B |
| 🞎 MMR (oreillons, rubéole, rougeole) | 🞎 Polio | 🞎 Varicelle |

* Autre :
* Avez-vous réagi à l’un de ces vaccins?

De quelles maladies ou blessures avez-vous souffert par le passé? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Quels médicaments avez-vous pris par le passé et pour quelle raison?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Veuillez indiquer si vous souffrez actuellement ou si vous avez souffert des soucis de santé suivants :**

## Peau

* Éruptions cutanées
* Eczéma / urticaire
* Acné
* Démangeaisons
* Changement de pigmentation (couleur de la peau)
* Nodules
* Sueurs nocturnes
* Peau sèche / moite
* Ongles cassants / doubles / striés
* Grains de beauté

## Cou

* Masses / nodules
* Ganglions enflés
* Goître
* Torticolis

## Tête

* Migraines / maux de tête
* Blessure crânienne (par exemple, une commotion cérébrale)
* Vertiges

## Yeux

* Troubles de la vue
* Mal aux yeux
* Larmoiement / sécheresse des yeux
* Vue double / trouble
* Glaucome
* Cataracte
* Sensibilité à la lumière
* Picotements
* Rougeurs
* Sécrétions

## Oreilles

* Problèmes d’ouïe
* Maux d’oreilles
* Perte d’équilibre
* Écoulements
* Infections à répétition

## Sinus et cavité nasale

* Rhume à répétition
* Saignements de nez
* Nez fréquemment bouché
* Rhume des foins
* Sinusite

## Gorge et cavité buccale

* Maux de gorge à répétition
* Angine
* Langue / bouche douloureuse
* Problèmes de gencives (par exemple, saignements)
* Voix rauque
* Caries
* Perte du goût

## Poumons

* Toux fréquente ou prolongée
* Crachats de mucus / de sang
* Respiration sifflante
* Asthme
* Bronchite
* Pneumonie
* Pleurésie (inflammation de l’enveloppe des poumons)
* Emphysème
* Difficultés à respirer / douleurs associées à la respiration
* Manque de souffle (de jour / la nuit / allongé)
* Tuberculose

## Cœur et circulation sanguine

* Angine de poitrine
* Haute tension artérielle
* Souffle cardiaque
* Fièvre rhumatoïde
* Douleurs cardiaques
* Chevilles enflées
* Palpitations
* Cyanose (coloration bleue des extrémités ou du cœur)
* Froids aux mains ou aux pieds
* Varices
* Perte de sensibilité au niveau des extrémités (membres engourdis)
* Anémie
* Bleus fréquents
* Transfusions sanguines

## Système digestif

* Difficultés à avaler
* Brûlures d’estomac
* Changement d’appétit / de soif
* Nausées / vomissements
* Vomissements de sang
* Jaunisse
* Calculs biliaires
* Ulcères
* Diarrhée
* Saignements rectal
* Hémorroïdes
* Selles noires
* Douleurs abdominales
* Hernies

## Seins

* Pratiquez-vous l’auto-examen des seins?
* Masses / kystes / nodules / tumeurs
* Sensibilité
* Écoulements au niveau du mamelon
* Implants mammaires

## Appareil reproducteur féminin

* Âge des premières règles :
* Durée du cycle menstruel :
* Votre cycle est-il régulier?
* Durée du saignement menstruel :
* Saignements entre les règles
* Crampes menstruelles
* SPM
* Saignement excessif durant les règles
* Date des dernières règles :
* Sécrétions vaginales
* Picotements vaginaux
* Date de votre dernier PAP :
* Êtes-vous sexuellement active?
* Douleurs pendant le rapport sexuel
* Difficultés d’ordre sexuel
* Combien de grossesses avez-vous eues?
* Fausse couche
* Avortement
* Difficultés à concevoir un enfant

## Système hormonal

* Sensibilité aux températures chaudes ou froides
* Dysfonctionnement de la thyroïde
* Soif excessive
* Faim excessive
* Urines abondantes
* Transpiration abondante
* Diabètes / Hypoglycémie
* Traitement hormonal

## Muscles et articulations

* Douleurs ou raideurs articulaires
* Arthrite
* Arthrose
* Fractures
* Spasmes ou crampes musculaires
* Faiblesse musculaire
* Articulations enflée

## Système urinaire

* Urines douloureuses
* Urines fréquentes (le jour / la nuit)
* Incapacité à retenir l’urine/ urgence
* Infections urinaires fréquentes
* Pierres aux reins
* Sang dans les urines

## Système nerveux

* Perte de connaissance
* Épilepsie / convulsions
* Paralysie
* Picotement dans les extrémités
* Perte de mémoire
* Mouvements involontaires
* Troubles d’élocution
* Dépression
* Sautes d’humeur
* Anxiété / nervosité
* Tensions émotives
* Phobies
* Insomnie

## Mode de vie / environnement

* Mangez-vous trois repas par jour?
* Combien d’heures par nuit dormez-vous?
* Dormez-vous bien?
* Le matin, vous levez-vous reposé?
* Dormez-vous dans le noir?
* Dormez-vous / vivez-vous dans un sous-sol?
* Dormez-vous sur un lit d’eau?
* Habitez-vous près de lignes électriques à haute tension?
* Utilisez-vous des couvertures chauffantes?
* Utilisez-vous souvent les micro-ondes?
* Combien d’heures par jour passez-vous devant la télévision?
* Combien d’heures par jour passez-vous devant un ordinateur?
* Prenez-vous des pauses lorsque vous travaillez à l’ordinateur?
* Lisez-vous régulièrement?
* Prenez-vous des vacances?
* Quels sont vos loisirs favoris?
* Avez-vous déjà été soigné pour dépendance (alcool / drogues)?
* Êtes-vous régulièrement exposé à des animaux?
* Êtes-vous régulièrement exposé à des toxines dangereuses?
* Comment est chauffée votre maison?
* Aimez-vous votre travail?
* Votre travail ou le climat familial à la maison est-il stressant?

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Un membre de votre famille a-t-il déjà souffert de l’une des maladies suivantes? Qui?

|  |  |
| --- | --- |
| Allergies |  |
| **Asthme** |  |
| **Maladie cardiovasculaire** |  |
| **Tension artérielle élevée** |  |
| **Cancer** |  |
| **Diabète** |  |
| **Dépression** |  |
| **Autre maladie psychique** |  |
| **Toxicomanie ou alcoolisme** |  |
| **Maladie des reins** |  |
| **Autre** |  |

**🞎 Je ne connais pas mes antécédents familiaux**

**Notes biographiques importantes / commentaires**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_