

<u>Question</u>	<u>Liste de vérification</u>	
1. Avez-vous des symptômes de rhume ou de grippe?	Oui	Non
2. Avez-vous des plaies ouvertes sur votre visage ou vos mains?	Oui	Non
3. Avez-vous l'estomac vide (vous n'avez pas mangé aujourd'hui)?	Oui	Non
<b>Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, nous vous recommandons de ne pas participer aujourd'hui.</b>		
4. Avez-vous des problèmes médicaux préexistants, comme : de l'épilepsie ou vous identifiez-vous comme personne vulnérable : enceinte, personne souffrant du mal des transports ou personne ayant des problèmes d'équilibre comme le vertige ou la maladie de Ménière, ou personne prédisposée aux migraines, etc.	Oui	Non
5. Avez-vous déjà eu de la fatigue oculaire?	Oui	Non
6. Avez-vous déjà ressenti de l'anxiété découlant du stress?	Oui	Non
<b>Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, nous vous demandons de faire preuve de prudence et d'aviser la facilitatrice/le facilitateur de symptômes ressentis à n'importe quel moment pendant l'expérience de RV.</b>		