



Micro Trace Minerals Laboratoire

Plus de 40 années de laboratoire
diagnostique et de l'environnement

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

téléphone: +49 (0) 9151/4332
télécopie: +49 (0) 9151/2306

info@microtrace.fr
www.microtrace.fr



Soumission D'information : URINE

Nom du médecin :

Nouveau client ou si votre information a changé remplissez, SVP les champs sur la 2ieme page.

Nom du patient :

Rue : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Etat/Province : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Seulement si le rapport doit être envoyer au patient (en capitales de bloc, SVP)

Date de naissance : _____ Sexe : m f État: _____

Notez, SVP, que nous ne pouvons pas établir des rapports sans date de naissance.

Précisez le genre de profile, suivez les instructions des échantillonnages expliquées au revers, et utilisez seulement des conteneurs sans-allure. Nous ne pouvons pas être responsable pour les résultats si les conteneurs sont infectés ou l'échantillonnage était incorrect et/ou si l'information donnée était incorrecte.

Date : _____ **Signature du patient :** _____

(N'oubliez pas, SVP)

Demande D'Analyse ICP-MS Spectroscopique D'Urine :

Profile métallique de base (P1) 28 Éléments 91,63 €

Testés sont les éléments suivants en plus de la Créatinine: (par tube)

Aluminium, Antimoine, Argent, Arsenic total, Baryum, Béryllium, Bismuth, Cadmium, Calcium, Chrome, Cobalt, Cuivre, Étain, Fer, Germanium, Lithium, Magnésium, Manganèse, Mercure, Molybdène, Nickel, Platine, Plomb, Sélénium, Strontium, Thallium, Vanadium, Zinc

Profile nutritionnel et métallique (P6) 35 Éléments 128,28 €

Idéal pour le EDTA (par tube)

Testés sont les éléments suivants en plus de la Créatinine:

Aluminium, Antimoine, Argent, Arsenic total, Baryum, Béryllium, Bismuth, Cadmium, Calcium, Césium, Chrome, Cobalt, Cuivre, Étain, Fer, Gallium, Germanium, Lithium, Magnésium, Manganèse, Mercure, Molybdène, Nickel, Palladium, Platine, Plomb, Sélénium, Strontium, Thallium, Titane, Tungstène, Uranium, Vanadium, Zinc, Zirconium

Profile des métaux toxiques (P40) 34 Éléments 128,28 €

Idéal pour le DMPS ou DMSA (par tube)

Testés sont les éléments suivants en plus de la Créatinine:

Aluminium, Argent, Arsenic total, Baryum, Béryllium, Bore, Cadmium, Cérium, Césium, Chrome, Cobalt, Cuivre, Étain, Gadolinium, Gallium, Iode, Iridium, Manganèse, Mercure, Molybdène, Nickel, Palladium, Platine, Plomb, Rhodium, Sélénium, Strontium, Tantale, Thallium, Titane, Uranium, Vanadium, Zinc, Zirconium

Or 35,34 €

Test d'or avant la chélation

Test d'or après la chélation

(par tube)

Listez autres éléments que vous voulez avoir analysé:

Envoi du rapport : Hôpital/Médecin Patient 2ieme adresse (surtaxe de € 9,95)

Par : Courrier Email

Fax

Rapport simple

Rapport de comparaison

Résultat précédent _____

Si vous envoyez un échantillon avant et après la chélation vous recevrez 10% de réduction.

Symptôme Codes

(marquez les trois les plus importants):

1 Addiction	8 Maladies de Coeur	15 Diabète	22 Hypercholestérolémie	29 Leucémie	36 SPM
2 Allergies	9 Maladies des yeux	16 Maladies des oreilles	23 Hypertension	30 Sclérose multiple	37 Maladies de prostate
3 Anémie	10 Constipation	17 Epilépisie	24 Hyperthyroïdie	31 Dystrophie musculaire	38 Scoliose
4 Alopecie	11 Chronique Diarrhée	18 Fatigue	25 Hypoglycémie	32 Obésité	39 Problèmes de digestion
5 Asthme	12 Mucoviscidose	19 Génital/urinaire	26 Hypothyroïdie	33 Ostéoporose	40 Autisme/Asperger
6 Arthrite	13 Dépression	20 Maux de tête	27 Immun insuffisance	34 Parkinson	41 _____
7 Cancer	14 Maladies de peau	21 Hyperactivité	28 Troubles d'apprentissage	35 Phlébite	42 _____

Echantillon : **5-7ml Urine** valeur de référence avant la chélation et fondé sur la

5-7ml Urine _____ h **Temps total de collection**
(Temps entre médication et prélèvement d'échantillon)

Type de chélation: DMPS oral (_____)
(**montant**)

DMPS i.v.	Dimaval	Unithiol	_____	(_____)
DMSA oral	DMSA i.v.	(Fabricant)	_____	(_____)
EDTA oral	EDTA Supp		_____	(_____)
NaMgEDTA i.v.	NaCaEDTA i.v.		_____	(_____)
ZnDTPA i.v.			_____	(_____)

autre agent chélateur (genre et quantité) : _____

Dites-nous quel chélateur ou agent de chélation (thérapie de combinaison) a été employé et en quelle quantité. Parce que la capacité de combinaison des agents de chélation est très individuelle, votre information nous aidera à valider les résultats.

Nombre de traitements de désintoxication jusqu'à maintenant : _____

Le patient est un fumeur : Oui Non

Date de l'échantillonnage : _____ **Date d'envoi :** _____



Adressez à votre médecin pour le protocole de la collection de l'urine.

Nouveau client ou nouvelles données:

Adresse: _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Email : _____

ou

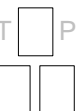
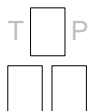
Hôpital/Médecin Tampon

Paiement par	Adresse de facturation:	Hôpital/Médecin	Patient
Carte de crédit	VISA Mastercard	Numéro : _____	
Valide jusqu'à (MM/AA) :	code 3-chiffre :	Signature : _____	
Virement bancaire fait à :		Pour € : _____	
	Paiement fait a l'adresse : service@microtrace.de		
Paiement d'avance sur carte de crédit est nécessaire, autrement les échantillons seront tenus jusqu'à ce que le paiement soit reçu, merci.			

Barcode UB

Barcode UA/UE/UPx/UZx

Barcode UR



Cette forme peut-être également rempli sur le PC, pour visiter svp : <http://www.microtrace.fr/fr/soumission-dinformation/>