



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
<https://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.

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 €

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

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 €

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

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)

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

Paiement par Adresse de facturation: Hôpital/Médecin Patient
Carte de crédit VISA Mastercard Numéro :

Valide jusqu'à (MM/AA): _____ code 3-chiffre : _____

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.

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 Epilépsie	24 Hyperthyroïdie	31 Dystrophie musculaire	38 Scoliose
4 Alopécie	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 :** _____

Valeur d'orientation : Ne s'affichent pas dans le rapport

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



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 _____

Nouveau client ou nouvelles données: Adresse: _____
 Téléphone: _____
 Fax : _____
 Email : _____

ou **Hôpital/Médecin Tampon**

Consentement éclairé sur la protection des données

Je consens à ce qu'un échantillon soit prélevé par le médecin traitant ou le/la praticien·ne en médecine alternative puis transmis au laboratoire Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") en vue de posséder et d'effectuer le test demandé. De plus, j'accepte que MTM transmette cet échantillon, mon nom ainsi que ma date de naissance à des laboratoires spécialisés d'Allemagne afin d'effectuer l'analyse demandée, puis que MTM soit informé du résultat.
 Si je souhaite transmettre le résultat de l'analyse réalisée par MTM au médecin traitant ou au/à la praticien·ne spécialisé·e en médecine alternative, j'accepte qu'il/elle aura vu celui-ci afin d'établir un diagnostic. Je peux annuler l'accord donné au médecin traitant, au/à la praticien·ne spécialisé·e en médecine alternative ou à Micro Trace Minerals GmbH à tout moment. Jusqu'à ce que cet accord soit effectivement révoqué, le traitement de mes données personnelles reste légal.

Vous pouvez trouver des précisions supplémentaires dans notre politique de confidentialité : <https://microtrace.es/fr/contact/politique-de-confidentialite/formulaire-du-laboratoire-sur-la-protection-des-donnees/>

En signant ci-dessous, je certifie que toutes les informations fournies sont exactes.

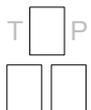
Date : _____ **Signature du patient :** _____

(N'oubliez pas, SVP)

Barcode UB

Barcode UA/UE/UPx/UZx

Barcode UR



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

