




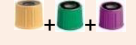


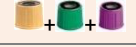



















DEMANDE D'ANALYSES





INFORMATIONS SUR LE PATIENT*		PROFESSIONNEL DE SANTE
Nom :	_____	Nom ou cachet :
Prénom :	_____	
Date de naissance :	JJ / MM / AAAA <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :	_____	
CP :	_____ Ville : _____	
Pays :	_____	
Tél :	_____	
Email :	_____	
PRELEVEMENT*		
Nom préleveur :		_____
Date :		_____
Heure :		_____

Liste des analyses

	ANALYSES	TUBES	PRIX
Profil Proteomis			
<input type="checkbox"/>	Profil Proteomis <i>Prélèvement : 2 ml sérum - Conservation : si le transport est retardé, placer le prélèvement réfrigérateur Flexibilité des températures de transport : température ambiante ou réfrigérée</i>	 ou	136 €
Intolérances alimentaires			
<input type="checkbox"/>	Bilan des intolérances alimentaires : panel 22 aliments	 ou	69 €
<input type="checkbox"/>	Bilan des intolérances alimentaires : panel 40 aliments	 ou	99 €
Hormonologie			
<input type="checkbox"/>	Profil du cortisol (4 points)		95 €
Oligo-éléments			
<input type="checkbox"/>	Profil des oligo-éléments : <i>Sérum</i> : Al, Co, Cu, Cr, Fe, Mn, Mo, Ni, Se, Si, V + <i>Sang Total</i> : Zn, Pb, Ru, Cd	 +	120 €
<input type="checkbox"/>	Profil des oligo-éléments + Mercure: <i>Sérum</i> : Al, Co, Cu, Cr, Fe, Mn, Mo, Ni, Se, Si, V + <i>Sang Total</i> : Zn, Pb, Ru, Cd, Hg	 +	165 €
<input type="checkbox"/>	Profil des oligo-éléments nutritionnels : <i>Sérum</i> : Cu, Cr, Fe, Mo, Se, Zn		63 €
<input type="checkbox"/>	Profil des oligo-éléments toxiques : <i>Sérum</i> : Al, Ni + <i>Sang Total</i> : Cd, Pb	 +	49 €
<input type="checkbox"/>	Profil des oligo-éléments toxiques + Mercure : <i>Sérum</i> : Al, Ni + <i>Sang Total</i> : Cd, Pb, Hg	 +	94 €
<input type="checkbox"/>	Aluminium (Al)		25 €
<input type="checkbox"/>	Cadmium (Cd)		25 €
<input type="checkbox"/>	Chrome (Cr)		25 €
<input type="checkbox"/>	Cobalt (Co)		25 €
<input type="checkbox"/>	Cuivre(sérique) (Cu)		25 €
<input type="checkbox"/>	Fer (Fe)		25 €
<input type="checkbox"/>	Manganèse (Mn)		25 €

<input type="checkbox"/>	Mercuré (Hg)		25 €
<input type="checkbox"/>	Molybdène (Mo)		25 €
<input type="checkbox"/>	Nickel (Ni)		25 €
<input type="checkbox"/>	Plomb (Pb)		25 €
<input type="checkbox"/>	Rubidium (Rb)		25 €
<input type="checkbox"/>	Sélénium (Se)		25 €
<input type="checkbox"/>	Silicium (Si)		25 €
<input type="checkbox"/>	Vanadium (V)		25 €
<input type="checkbox"/>	Zinc (Zn)		25 €
<input type="checkbox"/>	Zinc sérique (Zn)		25 €



Matériel pour le prélèvement

	Tube sec avec gel et activateur de coagulation, min 5 ml
	Tube Lithium Héparine 5 ml
	Tube EDTA 5 ml
	Flacons pour salive

RECAPITULATIF

Montant total des analyses demandées	€
Kit de prélèvement et d'envoi	10 €
TOTAL A PAYER	€

Modalités de paiement

<input type="checkbox"/> Internet		Ou bien commandez les différentes analyses + kit en ligne :	
Depuis notre site : https://www.proteomis.com/fr/paiement-libre		https://www.proteomis.com/fr/analysis	
<input type="checkbox"/> Carte de crédit (Visa ou Mastercard)			
Nom du porteur :		Date :	
Numéro de carte : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Signature :	
Date d'expiration : _ _ _ _		Cryptogramme : _ _ _	
<input type="checkbox"/> Virement bancaire			
IBAN : BE05 3101 1277 1175		BIC : BBRUBEBB	
<input type="checkbox"/> Chèque (France uniquement)			
Chèque à l'ordre de PROTEOMIS à joindre à l'envoi			

Informations cliniques

Poids :	Taille :
Antécédents (préciser date) : _____	
Diagnostic actuel connu : _____	
Signes objectifs : _____	
Traitements en cours : _____	
<small>Dans la mesure du possible, utiliser les codes de la Classification Internationale des maladies (CIM10)</small>	

A compléter et signer par le patient

Je soussigné(e) _____ certifie être informé que le laboratoire n'a pas de numéro Inami. Les analyses mentionnées ci-dessus ne sont pas remboursées par la sécurité sociale et devront être acquittées par mes soins. Je donne mon accord pour effectuer les analyses indiquées. Leur interprétation doit être effectuée par un professionnel de santé. J'accepte que mes échantillons puissent être éventuellement utilisés à des fins de recherche.

Date : _____ Signature : _____