



## 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](mailto:info@microtrace.fr)  
<https://microtrace.fr>



### Soumission D'information : Commande de laboratoire

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 Travail: \_\_\_\_\_

**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.

### Test de laboratoire

Tester des éléments individuels

38.89 €

(par test et élément)

Aluminium	Chrome	Indium	Niobium	Sélénium	Ytterbium
Antimoine	Cobalt	Iode	Or	Sodium	Zinc
Argent	Cuivre	Iridium	Palladium	Strontium	Zirconium
Arsenic total	Dysprosium	Lanthane	Platine	Tantale	
Baryum	Erbium	Lithium	Plomb	Tellurium	
Béryllium	Étain	Lutécium	Potasse	Thallium	
Bismuth	Europium	Magnésium	Praseodymium	Thorium	
Bore	Fer	Manganèse	Rhénium	Thulium	
Cadmium	Gadolinium	Mercur	Rhodium	Titane	
Calcium	Gallium	Molybdène	Rubidium	Tungstène	
Cérium	Germanium	Néodyme	Ruthénium	Uranium	
Césium	Hafnium	Nickel	Samarium	Vanadium	

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

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](mailto: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 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 :****3-5ml EDTA Sang total****Sérum (3ml)****Plasma (3ml)****Cheveux (non traités)****Poils pubiens****Barbe****3ml Saliva****5g fécaux****Ongles****5-7ml Urine**

valeur de référence avant la chélation et fondé sur la créatinine

**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

**Remarques:**


---



---

**Nouveau client ou nouvelles données:**

Adresse:

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Fax :

\_\_\_\_\_

Email :

\_\_\_\_\_

ou

**Hôpital/Médecin Tampon****Envoi du rapport :**

Hôpital/Médecin

Patient

2ieme adresse (surtaxe de € 9,95)

**Par :**

Courier

Email

Fax

Rapport simple

Rapport de comparaison

Résultat précédent

\_\_\_\_\_

**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 :

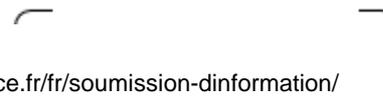
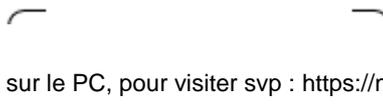
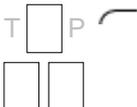
\_\_\_\_\_

**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/>