



Micro Trace Minerals Laboratorio

40+ anni di diagnostica clinica e ambientale
Di laboratorio

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

telefono: +49 (0) 9151/4332
fax: +49 (0) 9151/2306

info@micro-trace.it
<https://micro-trace.it>



Modulo di Presentazione: **URINA**

Clinica/Medico richiedente:

Nuovo cliente o, in caso di variazione dei dati di contatto, si prega di compilare i campi a pagina 2.

Nome paziente: _____

Via: _____ CAP: _____ Città: _____

Stato: _____ Nazione: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Da compilare se la relazione deve essere inviato via email al paziente (si prega di completare in stampatello)

Data di Nascita: _____ Sesso: m f Professione: _____

Si prega di indicare la DATA DI NASCITA e il SESSO de paziente per la determinazione della creatinina nell'urina.

Si prega di indicare il tipo di profilo, seguire le istruzioni di campionamento indicate sul retro e utilizzare esclusivamente contenitori senza metallo. Non ci assumiamo alcuna responsabilità in merito ai risultati in caso di utilizzo di contenitori contaminati, campionatura errata e/o informazioni errate o inadeguate.

Data: _____ Firma Paziente: _____

(si prega di non dimenticare)

Richiesta di analisi spettro-analitica ICP-MS delle urine:

Profilo standard (P1) 28 Elementi 91.63 €

Vengono analizzati i seguenti elementi più la Creatinina: (per test)

Alluminio, Antimonio, Argento, Arsenico-totale, Bario, Berillio, Bismuto, Cadmio, Calcio, Cobalto, Cromo, Ferro, Germanio, Litio, Magnesio, Manganese, Mercurio, Molibdeno, Nichel, Piombo, Platino, Rame, Selenio, Stagno, Stronzio, Tallio, Vanadio, Zinco

Profilo nutrizionale e tossico (P6) 35 Elementi 128.28 €

Ideale per EDTA (per test)

Vengono analizzati i seguenti elementi più la Creatinina:

Alluminio, Antimonio, Argento, Arsenico-totale, Bario, Berillio, Bismuto, Cadmio, Calcio, Cesio, Cobalto, Cromo, Ferro, Gallio, Germanio, Litio, Magnesio, Manganese, Mercurio, Molibdeno, Nichel, Palladio, Piombo, Platino, Rame, Selenio, Stagno, Stronzio, Tallio, Titanio, Tungsteno, Uranio, Vanadio, Zinco, Zirconium

Profilo dentale e ambientale (P40) 34 Elementi 128.28 €

Ideale per DMPS o DMSA (per test)

Vengono analizzati i seguenti elementi più la Creatinina:

Alluminio, Argento, Arsenico-totale, Bario, Berillio, Boro, Cadmio, Cerio, Cesio, Cobalto, Cromo, Gadolinio, Gallio, Iodio, Iridio, Manganese, Mercurio, Molibdeno, Nichel, Palladio, Piombo, Platino, Rame, Rhodium, Selenio, Stagno, Stronzio, Tallio, Tantalio, Titanio, Uranio, Vanadio, Zinco, Zirconium

Oro 35.34 €

Oro nell'urina di base/riferimento

Oro in post-chelazione

(per test)

Ulteriori elementi richiesti o osservazioni. Elencare:

Inviare relazione a: Medico Paziente Entrambi gli indirizzi (€ 9,95 di

Inviare relazione via: Posta E-Mail Fax

Rapporto singolo Rapporto comparativo N. Rapporto _____

All'invio dell'urina di base e di post chelazione, riceverete uno sconto del 10%. Si prega di prendere nota di ciò al pagamento anticipato.

Codici sintomi

(elencare i tre principali):

1 Dipendenza	8 Disturbi cardiaci	15 Diabete	22 Ipercolesterolemia	29 Leucemia	36 SPM
2 Allergie	9 Disturbi oculari	16 Problemi d'udito	23 Iperensione	30 Sclerosi multipla	37 Problemi alla prostata
3 Anemia	10 Costipazione	17 Epilessia	24 Iperitiroidismo	31 Distrofia muscolare	38 Scoliosi
4 Alopecia	11 Diarrea cronica	18 Affaticamento	25 Ipoglicemia	32 Obesità	39 Disturbi della digestione
5 Asma	12 Fibrosi cistica	19 Genito/Urinario	26 Ipotiroidismo	33 Osteoporosi	40 Autismo/Asperger
6 Attrite	13 Depressione	20 Mal di testa/Emicrania	27 Immunodeficienza	34 Parkinson	41 _____
7 Cancro	14 Problemi della pelle	21 Iperattivo/cinetico	28 Disturbo dell'apprendimento	35 Flebite	42 _____

Materiale da analizzare: 5-7ml di urina Prima della chelazione = campione di base
 5-7ml di urina _____ h Tempo totale di raccolta (tempo tra assunzione chelante e campionatura)

Tipo di chelazione: DMPS oral (_____)
 (**Quantità**) DMPS i.v. Dimaval Unithiol (_____)
 DMSA oral DMSA i.v. (Produttore) (_____)
 EDTA oral EDTA Supp (_____)
 NaMgEDTA i.v. NaCaEDTA i.v. (_____)
 ZnDTPA i.v. (_____)

Altro agente chelante (si prega di indicare tipo e quantità):

Si prega di indicare l'agente chelante o la terapia combinata somministrata e le relative quantità. Ciascun agente chelante varia in fatto di capacità legante, queste informazioni ci aiutano a certificare meglio i vostri risultati.

Numero trattamenti di disintossicazione effettuati finora: _____

Il paziente è un fumatore: Si No

Data campionamento: _____ **Data spedizione:** _____

Intervallo di orientamento: Da non mostrare nella relazione



Chiedere al proprio medico qual è il protocollo di raccolta delle urine appropriato.

Nuovo Cliente o variazione dei dati di contatto, si prega

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-mail: _____

O

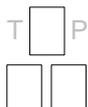
Timbro clinica/medico

Pagamento	Fatturare a:	Medico	Paziente
Carta di credito	VISA Mastercard	Numero carta: _____	_____
Valida a tutto il (MM/AA):	CVC/CVV: _____	Firma: _____	_____
Bonifico bancario su:	_____	Per € _____	_____
	Pagamento effettuato all'indirizzo: service@microtrace.de		
Si richiede pagamento anticipato o via carta di credito. In caso contrario, i campioni verranno trattenuti fino alla ricezione del pagamento.			

Barcode UB

Barcode UA/UE/UPx/UZx

Barcode UR



Questo modulo può essere compilato anche a video, visitare il sito: <https://microtrace.eu/it/moduli-di-presentazione/>

