



Laboratorio Micro Trace Minerals

Más de 40 años de análisis ambiental en todo el mundo

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

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

info@microtrace.es
<https://microtrace.es>



FORMULARIO DE ENVÍO: ORINA

Clínica / Médico solicitante:

Si es un cliente nuevo o ha cambiado la información de contacto, rellene los campos de la página 2.

Nombre y Apellido del paciente:

Calle: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____

Estado/Provincia: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Solamente si el informe será enviado al paciente (por favor, escriba con letras mayúsculas)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: h m profesión: _____

La fecha de nacimiento y el sexo son informaciones necesarias para la determinación de la creatinina en la orina.

Siga las instrucciones para la toma de la muestra especificadas en el dorso. Use sólo envases libres de metales. No nos hacemos responsables de los resultados si se han usado envases contaminados, si la muestra se ha tomada mal o si se ha facilitado información errónea o inadecuada.

SOLICITUD DE MINERALOGRAMA DE ORINA:

Perfil estándar (P1) 28 Elementos 100.79 €

Probado son los elementos siguientes, además de Creatinina: (por tubo)

Aluminio, Antimonio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Bismuto, Cadmio, Calcio, Cinc, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Germanio, Hierro, Litio, Magnesio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Plata, Platino, Plomo, Selenio, Talio, Vanadio

Perfil de nutrientes y tóxicos (P6) 35 Elementos 141.00 €

Probado son los elementos siguientes, además de Creatinina: (por tubo)

Aluminio, Antimonio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Bismuto, Cadmio, Calcio, Cesio, Cinc, Circonio, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Galio, Germanio, Hierro, Litio, Magnesio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Paladio, Plata, Platino, Plomo, Selenio, Talio, Titanio, Tungsteno, Uranio, Vanadio

Perfil dental y ambiental (P40) 34 Elementos 141.00 €

Probado son los elementos siguientes, además de Creatinina: (por tubo)

Aluminio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Boro, Cadmio, Cerio, Cesio, Cinc, Circonio, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Gadolinio, Galio, Iridio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Paladio, Plata, Platino, Plomo, Rodio, Selenio, Talio, Tantalio, Titanio, Uranio, Vanadio, Yodo

Oro 38.89 €

Oro en orina de referencia

Oro en post-quelación

(por tubo)

Al enviar la orina de referencia y la de la post-quelación, obtendrá un 10% de descuento. Por favor, haga una nota de en el prepagado.

Método de	Factura a:	Hospital/Médico	Paciente
Tarjeta de crédito	VISA	Mastercard número:	_____
Válida hasta (MM/YY):	_____	Código de 3 dígitos:	_____
Transferencia bancaria hecha en:	_____	por €	_____
El pago se ha efectuado en la dirección: service@microtrace.de			

Es necesario prepagado o tarjeta de crédito. De otro modo, se retendrán las muestras hasta que se reciba el pago.

Códigos de los síntomas (marque los 3 principales):

1 Adicciones	8 Cardíacos	15 Diabetes	22 Colesterol	29 Leucemia	36 PMS
2 Alergias	9 Oculares	16 Auditivos	23 Hipertensión	30 Esclerosis múltiple	37 Próstata
3 Anemia	10 Constipación	17 Epilepsia	24 Hipertiroidismo	31 Distrofia muscular	38 Escoliosis
4 Alopecia	11 Diarrea / Enf. Crón	18 Fatiga	25 Hipoglucemia	32 Obesidad	39 Digestivos
5 Asma	12 Fibrosis quística	19 Genito/Urinario	26 Hipotiroidismo	33 Osteoporosis	40 Autismo/Asperger
6 Artritis	13 Depresión	20 Dolores de cabeza	27 Inmunodeficiencia	34 Parkinson	41 _____
7 Cáncer	14 Dermatológicos	21 Hiperactividad	28 Aprendizaje	35 Flebitis	42 _____

Material para el análisis: **5-7ml Orina** previa a la quelación, muestra de referencia basada en los

5-7ml Orina _____ h tiempo total de la recogida (tiempo entre la toma del quelante y la recogida de la muestra)

Tipo de quelación: DMPS oral (_____)
 (cantidad) DMPS i.v. Dimaval Unithiol (_____)
 DMSA oral DMSA i.v. (Fabricante) (_____)
 EDTA oral EDTA Supp (_____)
 NaMgEDTA i.v. NaCaEDTA i.v. (_____)
 ZnDTPA i.v. (_____)

otro agente quelante (Tipo de lista y la cantidad): _____

Díganos qué quelador o agente quelante (terapia de la combinación) fueron utilizados y en qué cantidad. Puesto que la capacidad de conexión de los agentes quelantes es muy individual, su información nos ayudará a cuantificar valores extremos posibles. Esto es importante para la evaluación de informe.

Cantidad de tratamientos de la desintoxicación realizados hasta ahora: _____

El paciente es un fumador: Sí No

Fecha de la toma de la muestra: _____ **Fecha de envío:** _____

Valor orientativo: No mostrar en el reporte

Pregunte a su médico sobre el Protocolo de Recogida de Orina adecuado.



Elementos adicionales solicitados o comentarios. Por favor, consígnelos:

Enviar el informe a: Hospital/Médico Paciente ambas direcciones (sobrecarga del €9,95)
Enviar el informe por: Correo E-mail Fax
 Informe solo Informe de comparación Resultado _____

<p>Si es un cliente nuevo o han cambiado sus datos,</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>E-mail: _____</p>	o	<p>Sello del hospital / médico</p>
--	---	---

Consentimiento informado para la protección de datos
 Doy mi consentimiento para que mi muestra sea recogida por el médico responsable o terapeuta alternativo, y sea transmitida a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") con el fin de poseer y realizar la prueba que he solicitado. Además, estoy de acuerdo en que MTM envíe mi muestra de material, mi nombre y mi fecha de nacimiento a laboratorios especializados en Alemania para llevar a cabo la prueba que he solicitado y en que MTM sea notificada del resultado. Si deseo enviar el resultado de la prueba de MTM al médico responsable o al terapeuta alternativo, acepto que él / ella vean el resultado de la prueba para establecer un diagnóstico. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento al médico responsable o terapeuta alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Hasta que se revoque efectivamente mi consentimiento, el procesamiento de mis datos personales seguirá siendo legal.

Los detalles se pueden encontrar en nuestra política de privacidad en: <https://microtrace.es/es/contacto/declaracion-de-privacidad/orden-del-laboratorio>
 Al firmar abajo, certifico que toda la información suministrada es correcta.

Fecha: _____ **Firma de paciente:** _____ **(Por favor, no se olvide de firmar)**

Barcode UB Barcode UA / UE / UPx / UZx Barcode UR

Este formulario también puede rellenarse en el PC. Por favor, visite: <https://microtrace.es/es/formulario-de-pedido/>