



Micro Trace Minerals Laboratório

Mais de 40 anos de análises ambientais em todo o mundo

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

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

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



Formulário de Inscrição: URINA

Clinica/Médico requerente:

Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha mudado, por favor preencha os campos na página 2.

Nome do Paciente:

Rua: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

por favor preencher caso o relatório é para ser enviado ao paciente (por favor complete em maiúsculas)

Data de Nascimento: _____ Sexo: m f Tarefa: _____

Por favor forneça a Data de Nascimento e o Sexo do paciente para determinação da creatinina na urina.

Por favor especifique o tipo de perfil, siga as instruções de amostragem descritas no verso e utilize apenas recipientes sem metal. Nós não podemos ser responsabilizados pelos resultados caso tenham sido utilizados recipientes contaminados, ocorrer amostragem errada e/ou tiver sido dada informação inadequada.

ICP-MS Pedido de Análise Espectroanalítica da Urina:

Perfil Padrão (P1) 28 Elementos 100.79 €

São testados os seguintes elementos mais Creatinina: (por teste)

Alumínio, Antimônio, Arsênico-total, Bário, Berílio, Bismuto, Cádmio, Cálcio, Chumbo, Cobalto, Cobre, Cromo, Ferro, Germanio, Lata, Lítio, Magnésio, Manganês, Mercurio, Molibdênio, Niquelar, Platina, Prata, Selênio, Strontio, Thallium, Vanádio, Zinco

Perfil de Nutrientes e Tóxico (P6) 35 Elementos 141.00 €

São testados os seguintes elementos mais Creatinina: (por teste)

Alumínio, Antimônio, Arsênico-total, Bário, Berílio, Bismuto, Cádmio, Cálcio, Césio, Chumbo, Cobalto, Cobre, Cromo, Ferro, Gallium, Germanio, Lata, Lítio, Magnésio, Manganês, Mercurio, Molibdênio, Niquelar, Paládio, Platina, Prata, Selênio, Strontio, Thallium, Titânio, Tungstênio, Urânio, Vanádio, Zinco, Zirconium

Perfil Dentário e Ambiental (P40) 34 Elementos 141.00 €

São testados os seguintes elementos mais Creatinina: (por teste)

Alumínio, Arsênico-total, Bário, Berílio, Boro, Cádmio, Cério, Césio, Chumbo, Cobalto, Cobre, Cromo, Gadolínio, Gallium, Iodo, Iridium, Lata, Manganês, Mercurio, Molibdênio, Niquelar, Paládio, Platina, Prata, Rhodium, Selênio, Strontio, Tantalum, Thallium, Titânio, Urânio, Vanádio, Zinco, Zirconium

Ouro 38.89 €

Ouro em base de referência de urina Ouro em pós-queação (por teste)

Quando enviar a base de referência de urina e pós-queação, você vai receber um desconto de 10%. Por favor tenha atenção que é em caso de pré-pagamento.

Pagamento	Fatura para:	Médico	Paciente
Cartão de Crédito	VISA	Mastercard	Número do Cartão: _____
válido até (MM/AA): _____	3 últimos dígitos do cartão: _____		
Transferência bancária realizada em: _____	de € _____		
O pagamento foi realizado para o endereço: service@microtrace.de			

É Necessário um Pré-Pagamento ou Cartão de Crédito, caso contrário as amostras serão retidas até que seja recebido o pagamento.

*** vire por favor ***

Códigos Sintoma

(listar os três principais):

1 Vícios	8 Problemas Cardíacos	15 Diabetes	22 Hipercolesterolemia	29 Leucemia	36 TPM
2 Alergias	9 Problemas Oculares	16 Problemas Auditivos	23 Hipertensão	30 Esclerose Múltipla	37 Problemas de Próstata
3 Anemia	10 Prisão de Ventre	17 Epilepsia	24 Hipertireoidismo	31 Distrofia Muscular	38 Escoliose
4 Alopecia	11 Diarréia Crônica	18 Fadiga	25 Hipoglicemia	32 Obesidade	39 Distúrbio Digestivo
5 Asma	12 Fibrose Quística	19 Genital/Urinária	26 Hipotireoidismo	33 Osteoporose	40 Autismo/Asperger
6 Artrite	13 Depressão	20 Dores de Cabeça/Enxaqueca	27 Imunodeficiência	34 Parkinson	41 Suspeita de intoxicação metálica
7 Câncer	14 Problemas de pele	21 Hiperativo/Cinético	28 Transtorno de Aprendizagem	35 Flebite	42 _____

Materiais Testados: 5-7ml Urina antes da queelação = Base de Referência da Amostra

5-7ml Urina _____ h tempo total de coleta (tempo entre a ingestão do quelante e a amostragem)

Tipo de Queelação: DMPS oral (_____)

(quantidade) DMPS i.v. Dimaval Unithiol (_____)

DMSA oral DMSA i.v. (Fabricante) (_____)

EDTA oral EDTA Supp (_____)

NaMgEDTA i.v. NaCaEDTA i.v. (_____)

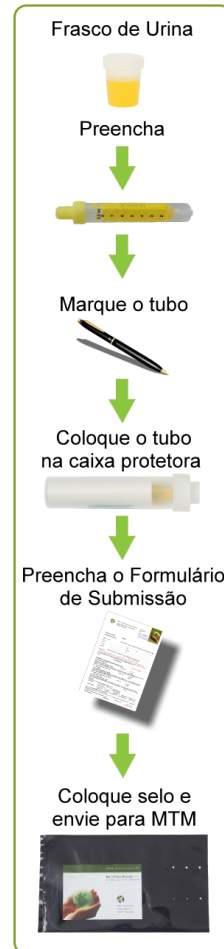
ZnDTPA i.v. (_____)

outro agente quelante (por favor indique o tipo e quantidade): _____

Por favor, informe-nos qual o agente quelante ou terapia combinada foi administrado e em que quantidade. Cada quelante varia na capacidade de ligação, esta informação ajuda-nos a validar melhor seus resultados.

Quantidade de tratamentos de desintoxicação realizados até agora: _____**O paciente é fumador:** Sim Não**Data de Amostragem:** _____ **Data de Envio:** _____**Quelante de-gama específica:** Não mostrar no relatório

Pergunte a seu médico a respeito do Protocolo de Coleta de Urina apropriado.

Itens adicionais solicitadas ou comentários. Por favor consígnelos:

Enviar relatório para: Médico Paciente ambos os endereços (€9,95 sobretaxas)

Enviar relatório para: Correio E-mail Fax

Relatório Único Relatório de Comparação Relatório Anterior _____

Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha

Endereço: _____

Telefone: _____

Fax: _____

E-mail: _____

ou Carimbo da Clinica / do Médico**O consentimento informado para proteção de dados**

Eu consinto que minha amostra seja coletada pelo médico responsável ou terapeuta alternativo e seja transmitida para a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") com a finalidade de posse e realização de ensaio solicitado por mim. Além disso, eu concordo que a MTM enviará o meu material de amostra, meu nome e data de nascimento para laboratórios especializados na Alemanha para a realização do teste que eu solicitei e que a MTM será notificada do resultado.

Se eu quiser enviar o resultado do teste da MTM para o médico responsável ou terapeuta alternativo, eu concordo que ele/ela verá o resultado do teste para fornecer um diagnóstico. Eu posso revogar o meu consentimento a qualquer momento para o médico responsável ou terapeuta alternativo, ou para a Micro Trace Minerals GmbH. Até o meu consentimento ser efetivamente revogado, o processamento dos meus dados pessoais permanecerá legal.

Os detalhes podem ser encontrados em nossa política de privacidade em: <https://microtrace.es/es/contacto/declaracion-de-privacidad/orden-del-laboratorio>

Cadastrando-me abaixo, certifico que toda a informação fornecida está correta.

Data: _____ **Assinatura do Paciente:** _____

(por favor não esquecer)

Barcode UB

Barcode UA / UE / UPx / UZx

Barcode UR

T P

T P

Este formulário pode também ser preenchido no computador, por favor visite: <https://microtrace.eu/es/formulario-de-pedido/>