eurofins | Biomnis

Bon de demande
Bilan de biologie préventive

Juvenalis
BIOLOGIE PRÉVENTIVE
PAR EUROFINS BIOMNIS

SUPPORT CLIENT
Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56 • international@biomnis.eurofinseu.com

PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....
Tél. : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋ Fax : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
E-mail : .....

Ou apposer ici le cachet du prescripteur

Identification du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

PATIENT·E

Nom* : ..... Prénom* : .....
Date de naissance* : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Sexe biologique* : ☐ F ☐ M
E-mail* : .....
Adresse* : .....
Ville* : .....
Pays* : .....

Date du prélèvement :
⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
à ⌊_⌊_⌋ **h** ⌊_⌊_⌋ **min**

Pour bilan MyEndoCheck : date du 1er jour des dernières règles ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

** champs obligatoires*

CHOIX DU BILAN

Bilan biologie préventive	Code analyse
☐ MiniCheck	MINI
☐ BasicCheck	BASIC
☐ AgeCheck Femme	AAFEM
☐ AgeCheck Homme	AAMAS
☐ FertiCheck Femme	FERTF
☐ FertiCheck Homme	FERTH
☐ MyEndoCheck**	ENDO
☐ OxyCheck	OXYC
☐ DigestCheck	DIGES
☐ VeggieCheck	VEGAN
☐ ImmuCheck	IMMU
☐ SopioCheck	SOPIO
☐ Vitamines	VITAM

Bilan biologie préventive	Code analyse
☐ Minéraux	MINER
☐ Microbiote (à partir de 15 ans)	JBIOT
☐ Acides gras érythrocytaires	GRAEJ

Bilan intolérances alimentaires - Nutritol™	Code analyse
☐ 25 aliments	PAG25
☐ 50 aliments	PAG50
☐ 50 aliments VEGAN	PA50V
☐ 100 aliments	PA100
☐ 287 aliments	PA287

Détails des bilans :

Le prélèvement doit être effectué à jeun

Autres analyses : .....

eurofins | Biomnis

Questionnaire de santé

Questionnaire **facultatif** qui permet une meilleure interprétation des résultats par le biologiste

Juvenalis
BIOLOGIE PRÉVENTIVE
PAR EUROFINS BIOMNIS

Nom	
Prénom	
Date de naissance	

Poids (Kg)	
Taille (cm)	

Souffrez-vous des troubles suivants ? *(Rayez la(les) mention(s) inutile(s) / Précisez en texte libre lorsque nécessaire)*	Jamais	Parfois	Souvent
Troubles digestifs (inconfort, diarrhées / constipation…)			
Céphalées, migraines, vertiges…			
Troubles du sommeil ► Lesquels ?			
Anxiété, stress, fatigabilité			
Troubles de la mémoire, de la concentration			
Problèmes de poids ► Lesquels ?			
Infections à répétition ► Lesquelles ?			
Allergies respiratoires ? alimentaires ?			
► Lesquelles ?			
Chutes de cheveux, ongles cassants, problèmes de peau			
► Lesquels ?			
Autres douleurs chroniques ► Précisez :			
Intolérances alimentaires connues ? suspectées ? ► Précisez :			

Souffrez-vous de pathologies chroniques ?	☐ OUI	☐ NON
Maladie(s) auto-immune(s) ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, la(les)quelle(s) ?		
Autre(s) maladie(s) chronique(s) ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, la(les)quelle(s) ?		

Êtes-vous suivi par un professionnel de santé ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, de quelle spécialité ?		
Êtes-vous sous traitement médicamenteux ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, le(s)quel(s) ?		
Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, lequel ?		
Prenez-vous des compléments alimentaires (vitamines, oligoéléments…) ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, le(s)quel(s) ?		

Pratiquez-vous un ou plusieurs sports régulièrement ?	☐ OUI	☐ NON
Êtes-vous fumeur(se) ?	☐ OUI	☐ NON

Femme : êtes-vous ménopausé(e) ?	Si non, jour du cycle :	☐ OUI	☐ NON
Utiliser vous une contraception ?	Si oui, laquelle ?	☐ OUI	☐ NON
Vos cycles sont-ils réguliers ?		☐ OUI	☐ NON

Pour quelle(s) raison(s) effectuez-vous ce bilan ? : .....

.....

.....

JU-B47-INTFR - Mai 2024