

Secrétariat Juvenalis : contact@juvenalis.com

PRESCRIPTEUR

N° RPPS (si existant) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail MSSanté, APICRYPT* : _____

Ou apposer ici
le cachet du prescripteur

Facturation laboratoire

Identification du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

PATIENT·E

Nom* : _____ Prénom* : _____

Date de naissance* : _____ Sexe biologique* : F M

Tél. : _____

Adresse* : _____

Régime alimentaire* : Omnivore Flexitarien Végétarien Autre: _____

Pour bilan MyEndoCheck : date du 1^{er} jour des dernières règles _____

Date du prélèvement :

à _____ h _____ min

* champs obligatoires

CHOIX DU BILAN

Bilan biologie préventive	Code analyse	Bilan biologie préventive	Code analyse
<input type="checkbox"/> MiniCheck	MINI	<input type="checkbox"/> ThyroCheck+	THYRJ
<input type="checkbox"/> GlobalCheck	GLOB	<input type="checkbox"/> Vitamines	VITAM
<input type="checkbox"/> AgeCheck Femme	AAFEM	<input type="checkbox"/> Minéraux	MINER
<input type="checkbox"/> AgeCheck Homme	AAMAS	<input type="checkbox"/> Microbiote (à partir de 15 ans)	JBLOT
<input type="checkbox"/> FertiCheck Femme	FERTF	<input type="checkbox"/> Acides gras érythrocytaires	GRAEJ
<input type="checkbox"/> FertiCheck Homme	FERTH		
<input type="checkbox"/> MyEndoCheck**	ENDO	Bilan intolérances alimentaires - Nutritol™	
<input type="checkbox"/> OxyCheck	OXYC	<input type="checkbox"/> 25 aliments	PAG25
<input type="checkbox"/> DigestCheck	DIGES	<input type="checkbox"/> 50 aliments	PAG50
<input type="checkbox"/> VeggieCheck	VEGAN	<input type="checkbox"/> 100 aliments	PA100
<input type="checkbox"/> ImmuCheck	IMMU	<input type="checkbox"/> 287 aliments	PA287
<input type="checkbox"/> SopioCheck	SOPIO		
<input type="checkbox"/> NeuroCheck	NEURO		

Protocole pré-analytique :



Le prélèvement doit être effectué à jeun

Autres analyses : _____

RÈGLEMENT ET ACCORD DU·DE LA PATIENT·E

Nous vous prions de noter que ce type de bilan reste à la charge du·de la patient·e et en conséquence ne fera pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale. Les coûts associés à ce bilan devront donc être acquittés par le·la patient·e au moment du prélèvement (Art. L6211-10 CPS). **Des frais supplémentaires seront facturés par le laboratoire d'analyses médicales pour le prélèvement.**

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____ reconnais avoir pris connaissance des conditions ci-dessus. Je donne mon accord pour réaliser l'acte de prélèvement, en vue de la réalisation des analyses du bilan demandé et pour régler le montant total correspondant au laboratoire préleveur.

Fait à : _____

Le _____

Signature du·de la patient·e



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

Poids (Kg)	
Taille (cm)	

Souffrez-vous des troubles suivants ? <i>(Rayez la(les) mention(s) inutile(s) / Précisez en texte libre lorsque nécessaire)</i>	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 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Maladie(s) auto-immune(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, la(les)quelle(s) ?			
Autre(s) maladie(s) chronique(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, la(les)quelle(s) ?			
Êtes-vous suivi par un professionnel de santé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, de quelle spécialité ?			
Êtes-vous sous traitement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, le(s)quel(s) ?			
Prenez-vous des compléments alimentaires (vitamines, oligoéléments...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, le(s)quel(s) ?			
Pratiquez-vous un ou plusieurs sports régulièrement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Êtes-vous fumeur(se) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Femme : êtes-vous ménopausé(e) ? Si non, jour du cycle :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Utiliser vous une contraception ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Vos cycles sont-ils réguliers ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

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

.....

.....