

# Bon de demande Bilan de biologie préventive

Secrétariat Juvenalis : [contact@juvenalis.com](mailto:contact@juvenalis.com)



**PRESCRIPTEUR**

N° RPPS (si existant) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

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. : \_\_\_\_\_

E-mail\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire\* :  Omnivore  Flexitarien  Végétarien  Autre: \_\_\_\_\_

\*\*Pour bilan MyEndoCheck : date du 1<sup>er</sup> jour des dernières règles\*\* \_\_\_\_\_

**Date du prélèvement :**

\_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

\* champs obligatoires

**CHOIX DU BILAN**

Bilan biologie préventive	Code analyse
<input type="checkbox"/> MiniCheck	MINI
<input type="checkbox"/> BasicCheck	BASIC
<input type="checkbox"/> AgeCheck Femme	AAFEM
<input type="checkbox"/> AgeCheck Homme	AAMAS
<input type="checkbox"/> FertiCheck Femme	FERTF
<input type="checkbox"/> FertiCheck Homme	FERTH
<input type="checkbox"/> MyEndoCheck**	ENDO
<input type="checkbox"/> OxyCheck	OXYC
<input type="checkbox"/> DigestCheck	DIGES
<input type="checkbox"/> VeggieCheck	VEGAN
<input type="checkbox"/> ImmuCheck	IMMU
<input type="checkbox"/> SopioCheck	SOPIO
<input type="checkbox"/> Vitamines	VITAM

Bilan biologie préventive	Code analyse
<input type="checkbox"/> Minéraux	MINER
<input type="checkbox"/> Microbiote (à partir de 15 ans)	JBLOT
<input type="checkbox"/> Acides gras érythrocytaires	GRAEJ

Bilan intolérances alimentaires - Nutrito <sup>TM</sup>	Code analyse
<input type="checkbox"/> 25 aliments	PAG25
<input type="checkbox"/> 50 aliments	PAG50
<input type="checkbox"/> 50 aliments VEGAN	PA50V
<input type="checkbox"/> 100 aliments	PA100
<input type="checkbox"/> 287 aliments	PA287

Détails des bilans :



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**

« Les informations demandées sur le bon de demande sont obligatoires et font l'objet d'un traitement informatique destiné à EUROFINS BIOMNIS et ses co-contractants, en qualité de sous-traitant du laboratoire d'analyses médicales de première intention.

Nous collectons et traitons vos données à caractère personnel dans le but de procéder à la réalisation des analyses prescrites et d'assurer la gestion de leur recouvrement. Conformément à la législation applicable et au Règlement (UE) 2016/679 dit « Règlement Général sur la Protection des Données », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation de traitement, d'opposition, d'effacement et de la portabilité sur les informations qui vous concerne. Vous pouvez exercer ces droits en contactant EUROFINS BIOMNIS à l'adresse email suivante : [RGPD@eurofins-biomnis.com](mailto:RGPD@eurofins-biomnis.com) en indiquant votre nom, prénom, adresse postale et accompagnée d'une copie de votre carte d'identité ou passeport.

En cas de contestation, une réclamation peut être introduite auprès de la CNIL ou d'une autre autorité de protection des données d'un Etat membre de l'Union Européenne. Pour en savoir plus sur notre politique de protection de vos données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de Confidentialité accessible sur notre site [eurofins-biomnis.com](http://eurofins-biomnis.com) »

**!** 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 ? : .....

.....

.....