



Bon de demande Bilans de biologie préventive

1. Patient

Mme M. Sexe : F M

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Nom du médecin traitant :

Renseignements cliniques

Renseignements cliniques / Symptômes :

.....

Volume des urines :mL (pour StressCheck)

Poids :kg Taille : cm

Date et heure du prélèvement :

à h min

Règlement et accord du patient

Nous vous remercions de bien vouloir noter que ce type de bilan reste à la charge du patient et en conséquence, ne fera pas l'objet de prise de charge par la sécurité sociale. Les coûts associés à ce bilan devront donc être acquittés par le patient au moment du prélèvement (Art. L6211-10 CPS).

Je soussigné(e) (*nom, prénom*)

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

Fait à :

Le

Signature du patient

2. Prescripteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Email :

Nom du médecin traitant :

..... si prescripteur différent.

Cachet du Prescripteur

Laboratoire préleveur

N° de correspondant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Identification du Laboratoire

Réservé Juvenalis

Bilan Juvenalis

BasicCheck

CRP ultrasensible Sérologie Candida TSH Hémoglobine glyquée Fer + saturation Ferritine	Homocystéine Zinc Sélénium Statut en acides gras IgG caséine Cuivre	LDL oxydées Vitamine A Vitamine D (formes séparées) Vitamine E / Cholestérol Acide urique
---	--	---

Prix : 195€

Code : BASIC

Bilans complémentaires

À l'exception du DermaCheck, les analyses du BasicCheck ne sont pas reprises dans les bilans complémentaires. Il est fortement recommandé d'associer un BasicCheck à toute demande de complément afin de permettre une interprétation optimale des résultats.

AgeCheck : Homme

Vitamine B12 Vitamine B9 Vitamine B2 Vitamine B6 Dihydrotestostérone Estradiol	Testostérone biodisponible SHBG FSH LH IGF-1 SDHEA	Pro PSA (Calcul PHI) T4L T3L Sulfate de prégnélonone Apolipoprotéine A Apolipoprotéine B
---	---	---

Prix : 490€

Code : AAMAS

AgeCheck : Femme

Vitamine B12 Vitamine B9 Vitamine B2 Vitamine B6 FSH Estradiol	Testostérone libre SHBG T4L T3L IGF-1 SDHEA	Sulfate de prégnélonone P1NP Crosslaps sériques PTH Estrone
---	--	---

Prix : 490€

Code : AAFEM

NutriCheck

Vitamine B9 Vitamine B12 Vitamine C	Vitamine B2 Vitamine B6 Bilan acides aminés
---	---

Prix : 110€

Code : NUTRI

DermaCheck

Vitamine A Vitamine E / Cholestérol Zinc	Cuivre Sélénium Iodurie
--	-------------------------------

Prix : 95€

Code : DERMA

Sportify

Magnésium Calcium Phosphore PAL osseuses Vitamine B9	Vitamine B12 Vitamine B6 Glutathion peroxydase Cortisol Testostérone Acides aminés
--	---

Prix : 245€

Code : SPORT

DigestCheck

Examen chimique des selles Beta 2 défensine fécale Calprotectine IgA sécrétoires fécales	Zonuline fécale IgA totales IgA anti-transglutaminase Alpha 1 antitrypsine fécale
---	--

Prix : 270€

Code : DIGES

StressCheck

Magnésium sérique et érythrocytaire Vitamine B1 Vitamine B3 Vitamine B6	Vitamine B12 Calcium ionisé Sérotonine Tyrosine Cortisol Rapport Cortisol/DHEA-S	T3L Sulfatoxymélatonine Mercure Aluminium Plomb
--	---	---

Prix : 355€

Code : NEURO

WeightCheck

Protides totaux Albumine PINI** T3L Apolipoprotéine A Apolipoprotéine B	Calcium Magnésium Phosphore Chrome HOMA Leptine	Adiponectine Sérotonine Vitamine B3 (PP) Vitamine B6 Vitamine B9
--	--	--

Prix : 290€

Code : POIDS

OsteoCheck

PTH Phosphore PAL osseuses	Ostéocalcine Crosslaps sériques
----------------------------------	------------------------------------

Prix : 100€

Code : OSTBP

Nutritol™ Intolérances alimentaires

<input type="checkbox"/> Nutritol 44	149€	Code : PAG44
<input type="checkbox"/> Nutritol 90	229€	Code : PAG90
<input type="checkbox"/> Nutritol 270	449€	Code : PA270

** Prognostic Inflammatory and Nutritional Index

JUVENALIS c/o EUROFINS BIOMNIS

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07 Tél : 01 49 59 16 16 - Email : contact@juvenalis.com - 493 519 904 RCS LYON

www.juvenalis.com



Protocole pré-analytique pour le laboratoire préleveur

Il est impératif d'identifier la nature du prélèvement sur chaque tube envoyé.
Prélèvements à effectuer à jeun.
Proscrire les tubes avec séparateurs de phase (gel) sauf indications contraires.**

Prélèvement à conserver à : ▲ Température : réfrigérée ❄ Température : congelée < 1h

BasicCheck



À envoyer

- ▲ 7 mL de sérum
- ▲ 1 ml sang total EDTA
- ▲ 5 ml sang total héparinate de Li

- ❄ 500 µl sérum
- ❄ 2 x 500 µl sérum (à l'abri de la lumière)
- ❄ 500 µl plasma EDTA

AgeCheck : homme



À envoyer

- ▲ 10 mL de sérum

- ❄ 5 mL de sang total EDTA (à l'abri de la lumière)
- ❄ 3 mL de sérum
- ❄ 1 mL de sérum

AgeCheck : femme



À envoyer

- ▲ 8 mL de sérum

- ❄ 3 mL de sérum
- ❄ 1 mL de sérum
- ❄ 5 mL de sang total EDTA (à l'abri de la lumière)

NutriCheck



À envoyer

- ▲ 2 mL de sérum

- ❄ 1 mL de plasma héparinate de Li
- ❄ 2 mL de plasma héparinate de Li (à l'abri de la lumière)
- ❄ 5 mL de sang total EDTA (à l'abri de la lumière)

DermaCheck



À envoyer

- ▲ 10 mL d'urines (1^{ère} miction du matin)
- ▲ 4 mL de sérum

- ❄ 2 x 500 µl sérum (à l'abri de la lumière)

DigestCheck



À envoyer

- ▲ 1 échantillon selle (équivalent d'une pêche)
- ▲ 4 mL de sérum



Protocole pré-analytique pour le laboratoire préleveur

Il est impératif d'identifier la nature du prélèvement sur chaque tube envoyé.
Prélèvements à effectuer à jeun.
Proscrire les tubes avec séparateurs de phase (gel) sauf indications contraires.**

Prélèvement à conserver à : ▲ Température : réfrigérée ❄ Température : congelée < 1h

Sportify



À envoyer

▲ 6 mL de sérum

- ❄ 2 mL de sang total EDTA (à l'abri de la lumière)
- ❄ 2 mL de plasma héparinate de Li
- ❄ 1 tube sec sur gel centrifugé**
- ❄ 1 mL de sérum

StressCheck



À envoyer

▲ 3 mL de sérum
▲ 3 mL de sang total hépariné
▲ 5 mL sang total héparinate de sodium
▲ 5 mL de sang total EDTA
▲ 2 mL de plasma hépariné

- ❄ 2 mL de sang total hépariné (pas de tube en verre)
- ❄ 1 mL de plasma hépariné
- ❄ 5 mL de sang total EDTA
- ❄ 1 tube sec sur gel centrifugé**
- ❄ 4 mL des urines recueillies de 20h à 8h (volume à préciser)

OsteoCheck



À envoyer

▲ 1 mL de sérum

- ❄ 1 mL de sérum
- ❄ 2 mL de sérum

WeightCheck



À envoyer

▲ 10 mL sérum
▲ 5 mL sang total héparinate de sodium

- ❄ 3 mL sérum
- ❄ 4 mL de sang total EDTA (à l'abri de la lumière)
- ❄ 1 tube sec sur gel centrifugé**
- ❄ 2 mL de sang total hépariné (pas de tube en verre)

Nutrito™ Intolérances alimentaires



À envoyer

▲ 3 mL de sérum



Questionnaire de santé

Ce questionnaire médical est à remplir par le patient pour optimiser l'interprétation des résultats.

Nom	
Prénom	
Date de naissance	

Poids (Kg)	
Taille (cm)	

Souffrez-vous des troubles suivants ?	Jamais	Parfois	Souvent
Maux de tête, migraines, vertiges			
Inconfort digestif, troubles du transit, nausées, ballonnements			
Insomnies, anxiété, stress, fatigabilité			
Troubles de la mémoire, de la concentration			
Troubles de l'appétit, problèmes de poids			
Infections à répétition (lesquelles)			
Problèmes ORL, allergies respiratoires			
Palpitations cardiaques, essoufflement			
Chutes de cheveux, ongles cassants, problèmes de peau...			
Douleurs articulaires, musculaires, raideurs, crampes, fourmillements			
Autres douleurs chroniques (lesquelles)			
Allergies ou intolérances alimentaires			

Souffrez-vous de maladie(s) auto-immune(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 ? Si oui, le(s)quel(s) ?		

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lequel ?		

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) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
----------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si non, jour du cycle		
-----------------------	--	--

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

.....

.....

.....