

TMI Trace Minerals International Laboratory

good chemistry for better health

1711 Pearl Street; Suite 200
Boulder, CO 80302
USA

téléphone: +1 (720) 325-2652
télécopie: +1 (720) 325-2653

service@tracemin.com
<http://www.tracemin.com>



Soumission D'information : Porphyrines d'urine

Nom du médecin :

Nouveau client ou si votre information a changé remplissez, SVP les champs sur la 2ieme page.

Nom du patient :

Rue :

Ville :

Etat/Province :

Code postal :

Pays :

Téléphone :

Fax :

Email :

Seulement si le rapport doit être envoyer au patient (en capitales de bloc, SVP)

Date de naissance :

Sexe :

m

f

Date :

Signature du patient :

(N'oubliez pas, SVP)

Porphyries - test d'urine

Porphyries, total, d'urine

Porphyries, quantitative, d'urine

Echantillon :

5-7ml Urine

24 heures collection d'urine :

_____ ml

Envoi du rapport :

Hôpital/Médecin

Patient

2ieme adresse (surtaxe de \$ 5.95)

Par :

Courrier

Email

Fax

Paiement par

Adresse de facturation:

Hôpital/Médecin

Patient

Carte de crédit

VISA

Mastercard

Numéro :

Valide jusqu'à (MM/AA):

code 3-chiffre :

Signature :

Virement bancaire fait à :

Pour \$:



Paiement fait a l'adresse : service@tracemin.com

Paiement d'avance sur carte de crédit est nécessaire, autrement les échantillons seront tenus jusqu'à ce que le paiement soit reçu, merci.

*** tournez la page, SVP ***

Instructions pour la collection de l'échantillon

Un échantillon de 24 heures d'urine est nécessaire. Au premier jour videz d'abord votre vessie dans la toilette et pendant les 24 heures suivantes accumulez votre urine dans le grand conteneur. Pendant tout ce temps l'urine doit-être garder fraîche. Terminez l'accumulation au matin du 2ieme jour a votre réveil.

Mélangez doucement l'urine dans le conteneur et prenez un échantillon de 5-7 ml du conteneur pour le tube fourni et marquez votre nom sur le tube. Mettez le tube d'urine dans le conteneur de protection avec l'information du patient et envoyez à TMI.

Nouveau client ou nouvelles données:

Adresse: _____

Téléphone: _____

Fax : _____

Email : _____

ou

Hôpital/Médecin Tampon

Barcode PorP 1

Barcode PorP 2

Barcode PorP 3