

TESTS URINAIRES		Code	Prix (€)	Cocher les analyses
Porphyrines* (Toxicité environnementale, dysfonction mitochondriale) - pour adultes exclusivement, âgés de plus de 16 ans, encart rouge obligatoire -		POR	90	<input type="checkbox"/>
Ptérines (Néoptérine+Bioptérines - Immuno-Inflammation)		PTER	60	<input type="checkbox"/>
8OHdG et 8OHG (Stress Oxydant ADN + ARN / noyau + cytosol)		8DG	120	<input type="checkbox"/>
F2-α-Isoprostane (Stress Oxydant membranaire)		ISOU	120	
Allantoïne (Membrane, cytosol, noyau)		ALLU	90	<input type="checkbox"/>
Voie de Synthèse de la Créatine (Acide Guanido-acétique, Créatine)		CRNU	90	<input type="checkbox"/>
3-Méthylhistidine (3MH) Index de protéolyse musculaire (catabolisme)		3MHU	60	<input type="checkbox"/>
Groupe : Acides Organiques urinaires (Métabolites énergétiques, métabolites des vitamines B, Neurotransmetteurs, Dysbiose, Thiols, Indican)		ORGA	255	<input type="checkbox"/>
Neurotransmetteurs (HVA, DOPAC, VMA, MHPG, 5HIA)		CATU	125	<input type="checkbox"/>
Dysbiose (métabolites microbiens+Indican)		DYSB	155	<input type="checkbox"/>
Métabolites énergétiques (Cycle de Krebs)		CK	125	<input type="checkbox"/>
Métabolites des vitamines B		MVB	125	<input type="checkbox"/>
Thiols (Cys, Hcys, Cys-Gly, GSH)		THU	60	<input type="checkbox"/>
Indican		INDI	30	<input type="checkbox"/>
Nucléosides modifiés urinaires (marqueurs de prolifération issus des ARN cellulaires)		NUCM	90	<input type="checkbox"/>
Peptides Opioides* (intolérance gluten et caséine)		PEPT	90	<input type="checkbox"/>
Cryptopyrrole		CRYPT	45	<input type="checkbox"/>
Acidité Nette Urinaire (ANU) (Production d'Acide Endogène)		ANUC	60	<input type="checkbox"/>
Short Chain Fatty Acids (Acides gras à chaîne courte)		SCFA	60	<input type="checkbox"/>
T3 libre urinaire		T3LU	34	<input type="checkbox"/>
T4 libre urinaire		T4LU	34	<input type="checkbox"/>
Profil oestrogénique urinaire - pour les femmes exclusivement -		ESTRU	235	<input type="checkbox"/>
TESTS SANGUINS				
Acides gras membranaires	1 tube EDTA	AGMB	180	<input type="checkbox"/>
Vitamines anti-oxydantes		AECQ	180	<input type="checkbox"/>
IgG spécifiques alimentaires testés sur 44 aliments	1 tube sec avec gel séparateur	NUT44	125	<input type="checkbox"/>
IgG spécifiques alimentaires testés sur 90 aliments		NUT90	225	<input type="checkbox"/>
IgG spécifiques alimentaires testés sur 270 aliments		NU270	625	<input type="checkbox"/>
Profil stéroïdien plasmatique		STPL	225	<input type="checkbox"/>
Néoptérine plasmatique		NEOP	60	<input type="checkbox"/>
Lipopolysaccharides - LPs (Mutualisme avec le microbiote)		LPS	60	<input type="checkbox"/>
Fonction Adipocytaire (Leptine, RBP4, NGAL, ICAM-1, LPs, ZAG, Adiponectine, BDNF)	OB	270	<input type="checkbox"/>	
TOTAL			€	

Ces examens ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale, ni par les mutuelles. Délai des résultats : 10 à 15 jours par courrier.

* L'interprétation des dosages urinaires des peptides opioïdes et des porphyrines doit tenir compte du contexte clinique et nécessite la compétence d'un médecin rompu à ce type d'analyses. Eviter l'auto-prescription.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LES PORPHYRINES (Merci de remplir en **LETTRES CAPITALES** toutes les informations)

Encart de renseignement spécifique au dosage des Porphyrines. Les Porphyrines étant un outil d'exploration d'exposition à différents toxiques, au mercure et aux maladies immuno-inflammatoires, le laboratoire requiert le renseignement des points suivants :

- Prise de médicaments au long cours, si oui le ou lesquels : _____
- Possible exposition à d'éventuels toxiques : _____
- Amalgames dentaires, si oui nombre : _____
- Maladie immuno-inflammatoire chronique, Si oui, laquelle : _____

INFORMATIONS PATIENT (Merci de remplir en **LETTRES CAPITALES** toutes les informations obligatoirement) :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ____ Taille : ____ cm Poids : ____ kg

Pour les femmes : Date de dernières règles : ____ / ____ / ____ Si ménopause, précisez l'année : _____

Email : @

Adresse : _____ Tél. : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Maladies métaboliques (syndromes, diabète, obésité...)

Maladies cardiovasculaires

Maladies inflammatoires

Maladies tumorales

Si oui, précisez-la ou lesquelles : _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Maladies métaboliques (syndromes, diabète, obésité...)

Maladies cardiovasculaires

Maladies inflammatoires

Maladies tumorales

Si oui, précisez-la ou lesquelles : _____

PRESCRIPTEUR

Nom : _____ Email : _____ @ _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

REGLEMENT

CB

Numéro de carte : _____ Expire fin : ____ / ____ Code de sécurité _____


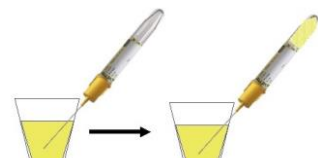

chèque (à l'ordre de Laboratoire de biologie médicale)

virement bancaire (merci de nous joindre la copie en même temps que l'envoi de votre échantillon)

Banque : CAIXA GERAL DE DEPOSITOS
IBAN : FR76 1261 9000 4842 2225 0101 642 BIC : CGDIFRPP
M. Nataf Robert – LABORATOIRE PHILIPPE AUGUSTE
119-121 Avenue Philippe Auguste 75011 Paris France

PROCEDURE DE PRELEVEMENT D'ECHANTILLON

Remplissage de votre échantillon d'urines (premières urines au réveil) :

1	IMPORTANT : Identifier le tube avec votre nom, prénom et date de naissance.
2	Recueillir de préférence les premières urines du matin dans un récipient propre (ex : un gobelet jetable).
3	Introduire l'aiguille du dispositif de transfert dans l'urine. 
4	Placer le tube dans le dispositif de transfert. – l'aspiration produite par le vide entraîne automatiquement l'écoulement de l'urine dans le tube 
5	Une fois bien rempli, enlever le tube à urine du dispositif de transfert. 
6	Mettre le tube à urine dans le petit sac noir fourni dans le kit.
7	Envoyer le tube à urine, avec cette fiche de demande, accompagnés du paiement, le plus rapidement possible au laboratoire.

*Le laboratoire n'acceptera aucun prélèvement sans identification des tubes.
Obligatoire : nom, prénom, sexe et date de naissance.*

INFORMATIONS SUR LES ECHANTILLONS

Prélèvement effectué le : ____ / ____ / ____
à ____ h ____

Nombre d'échantillons :
____ tube(s) d'urine /
____ tube(s) de sang

Date de transmission au laboratoire : ____ / ____ / ____



CORTISOL SALIVAIRE

Le cortisol est l'hormone de l'éveil mental et physique, il permet l'attention, la vigilance, la concentration, mais son excès peut induire stress et anxiété et des perturbations métaboliques : diabètes, prise de poids, hypertension. Son insuffisance génère une psychasthénie associée à une fatigue physique et une hypotension. Il est donc essentiel d'évaluer, dans la majorité des pathologies, la fonction cortisolique. La salive est le matériau biologique de choix parce qu'elle ne contient que le cortisol libre, donc biologiquement actif.

Deux modes de mesure sont proposés :

1. Le **Cortisol d'éveil**, qui se satisfait d'un recueil de 2mL de salive, une demi-heure à une heure après l'éveil, qui mesure le pic cortisolique matinal.
2. Le **Cycle Nycthémeral du Cortisol**, c'est-à-dire le long de la journée, à travers 4 recueils (7h-12h-17h-22h), qui permet d'apprécier de façon beaucoup plus précise, l'imprégnation de l'organisme pendant la période d'activité et offre davantage de perspectives diagnostiques dans la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil et les fatigues matinales ou vespérales.
3. Il est possible d'ajouter au **Cortisol d'éveil** ou au **Cycle du Cortisol**, le dosage des trois **Androgènes majeurs**, figurant au Profil Stéroïdien (*voir notice Profil Stéroïdien*) soit, delta 4 Androstènedione, Testostérone et Sulfate de DHEA.

ANALYSES SALIVAIRES		PRIX (€)	
Cortisol d'éveil (1 prélèvement 30mn à 1heure après l'éveil)	CORSA	60	<input type="checkbox"/>
Cycle du cortisol (4 prélèvements : 7h00-12h00-17h00-22h00)	CORCY	160	<input type="checkbox"/>
Néoptérine salivaire	NEOSA	60	<input type="checkbox"/>
Cortisol d'éveil + Androgènes majeurs		160	<input type="checkbox"/>
Cycle du Cortisol + Androgènes majeurs		320	<input type="checkbox"/>
Profil des stéroïdes salivaires	STSA	185	<input type="checkbox"/>
Cortisol + Néoptérine salivaire	NCSA	120	<input type="checkbox"/>
Cycle du Cortisol + Néoptérine salivaire	NCCY	220	<input type="checkbox"/>

Technique de dosages salivaires en LC-MS/MS

Informations Patient (Merci de remplir en **LETTRES CAPITALES** toutes les informations obligatoirement):

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe ____ Taille ____ Poids ____

Date et heures de prélèvement : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code Postal : _____

Tel. : _____

Email : @

Règlement : CB chèque* médecin régleur transfert bancaire (joindre la copie)

* Pour les règlements par chèque, merci de les adresser à l'ordre de Laboratoire de biologie médicale

N° de carte : _____ Exp. fin : ____ / ____ Code : _____

Prescripteur:

Nom : _____ Email : _____@_____

Adresse : _____

Instructions pour collecter la salive

- ✓ Le recueil de la salive doit se faire **30 à 40 minutes après l'éveil** pour le Cortisol d'éveil, à l'heure indiquée pour le **Cycle Nycthéral du Cortisol**
- ✓ Le recueil de la salive doit se faire avant de se brosser les dents, de boire ou de manger.
- ✓ Rincez votre bouche à l'eau claire, déglutissez une ou deux fois et asséchez le reliquat d'eau dans la bouche. Ensuite ajoutez de la salive dans le tube, sans y utiliser le coton. Nous avons besoin d'un **minimum de 2 ml de salive.**
- ✓ S'il y a la moindre coloration de sang sur l'échantillon, merci de ne pas l'utiliser et de recommencer avec une nouvelle salivette.
- ✓ Remplissez le formulaire avec la **date et l'heure du ou des prélèvements**, ainsi que les informations demandées.
- ✓ Mettez l'échantillon + le formulaire + le paiement dans l'enveloppe et renvoyez-nous le tout.

Laboratoire Philippe Auguste

119, Avenue Philippe Auguste, 75011 Paris. France

Tel : +33 1 43 67 57 00

Email : contact@labbio.net

www.labbio.net

