

FORMULAIRE DE DEMANDE

Tel: +352 780 290-1
Fax +352 788 894
contact@labo.lu

LABORATOIRES RÉUNIS

PATIENT	
Nom	Prénom
Né(e) le	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse	
Code postal, Ville	
Pays	
Tél.	
E-mail	

MÉDECIN PRESCRIPTEUR	
Nom	Prénom
Adresse	
Code postal, Ville	
Pays	
Tél.	
E-Mail	
Cachet du médecin	

Langue du compte-rendu : FR DE EN
Copie pour le patient : Oui Non
(excepté tests génétiques)

Date et heure du prélèvement :

**Sauf indications particulières^{x)}, les échantillons doivent être acheminés dans les 48h, de préférence réfrigérés.
Ne jamais envoyer d'échantillons le vendredi, ni la veille ou l'avant-veille d'un jour férié.**

<input type="checkbox"/> Carnitine (libre et totale)	S	CARN	<input type="checkbox"/> Capacité antioxydante ³⁾	S	ANTIOX
<input type="checkbox"/> CRP ultrasensible	S	HSCRIP	<input type="checkbox"/> Glutathion peroxydase	EDTA	GPX
<input type="checkbox"/> Homocystéine ²⁾	S	HOMOCY	<input type="checkbox"/> Superoxyde dismutase	EDTA	SOD

CONTENU

- Métabolisme des lipides et marqueurs cardio-vasculaires
- Acides aminés et dérivés
- Stress oxydatif/nitrosatif
- Neurotransmetteurs
- Hormones
- Intolérance à l'histamine
- Autres intolérances alimentaires
- Examens coprologiques/flore intestinale
- Gynécologie/flore vaginale
- Flore dentaire/Parodontose
- Marqueurs tumoraux
- Viellissement cellulaire
- Vitamines
- Dosage des minéraux
- Maladie de Lyme - borreliose

- Diagnostic moléculaire des maladies infectieuses
- Tests génétiques
- Déclaration de prise en charge des frais d'analyse
- Consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques⁷⁾

MARQUEURS ET PROFILS DE BIOLOGIE FONCTIONNELLE

1. MÉTABOLISME DES LIPIDES ET MARQUEURS CARDIO-VASCULAIRES

<input type="checkbox"/> LipoPrint : sous-fractions du cholestérol LDL	S	LIPO
<input type="checkbox"/> Profil des acides gras érythrocytaires avec index oméga 3	EDTA	FETTP
<input type="checkbox"/> PLAC-Test (Lipoprotéine phospholipase associée A2)	S	PLAC2
<input type="checkbox"/> Apo E génotypage	SA ou EDTA	GENO

Les kits de prélèvements sont fournis sur demande

S = sérum, L = protégé de la lumière, EDTA = sang entier, EDTA-P = EDTA plasma, SA = salive, U = urine, 1MU = 1ères urines du matin, 2MU = 2èmes urines du matin, UJA = urines de 24h acidifiées, SE = selle, FRO = frottis vaginal, PIC = pics dentaires, CPDA = CPDA tube sarstedt, H = tube héparine,

2. ACIDES AMINÉS ET DÉRIVÉS

<input type="checkbox"/> Profil des acides aminés ¹⁾	EDTA-P	AMSAU
<input type="checkbox"/> S-Adénosylméthionine	EDTA	SAM

3. STRESS OXYDATIF/NITROSATIF

<input type="checkbox"/> Profil du stress oxydatif – basic ³⁾ (Capacité antioxydante, 8OHdG, LDL oxydé)	S,U	OXIBASIS
<input type="checkbox"/> Profil du stress oxydatif complet ³⁾	2S(L), 3EDTA, 2U, DBS, K2EDTA	OXIPLUS
<input type="checkbox"/> Profil du stress nitrosatif ³⁾ (Ubiquinone, nitrotyrosine, acide nitrophényl acétique, citrulline)	EDTA, 2MU, DBS	NITRO
<input type="checkbox"/> Dosage du glutathion ³⁾ (réduit, oxydé, total et indice du glutathion)	EDTA	GLUTTR

DBS = échantillon de sang séché, CIT = tube citrate

*Le formulaire de consentement pour les analyses génétiques doit être signé.

<input type="checkbox"/> Ubiquinone (Coenzyme Q10)	S	Q10
<input type="checkbox"/> Vitamine A ³⁾	S, L	VITA
<input type="checkbox"/> Vitamine E ³⁾	S, L	VITE
<input type="checkbox"/> LDL oxydé ³⁾	S	LDLOX
<input type="checkbox"/> 8OHdG ³⁾	U	8OHdG
<input type="checkbox"/> Nitrotyrosine ⁷⁾	DBS	NITDBS
<input type="checkbox"/> Acide nitrophényl acétique ⁴⁾	2MU	NISS
<input type="checkbox"/> Citrulline	U	CITRU
<input type="checkbox"/> Acide méthylmalonique	S ou U	METACS METACU
<input type="checkbox"/> Kryptopyrroles	1MU, L	CRYU

Code-barre :

- centrifugé, congelé, stable 24h
- centrifugé, T° ambiante ou réfrigéré, stable 4 jours
- non centrifugé, réfrigéré, stable 24h
- réfrigéré, stable 1 semaine
- non centrifugé, T° ambiante, stable 48h
- T° ambiante, stable 7 jours
- T° ambiante, stable plusieurs mois
- réfrigéré, stable 3 jours
- envoi des échantillons uniquement le lundi



Laboratoires Réunis
38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster

www.labo.lu

FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom du patient :

4. NEUROTRANSMETTEURS			
<input type="checkbox"/> Profil du stress complet – Neurotransmetteurs ⁸⁾ (catécholamines, glutamate, GABA, sérotonine, créatine)	2MU (mc)	NETPLUS	
<input type="checkbox"/> Profil du stress basic - Neurotransmetteurs ⁸⁾ (sérotonine,adrénaline, noradrénaline, dopamine)	2MU (mc)	NETBASIS	
<input type="checkbox"/> Acide vanillyl-mandélique ⁸⁾	2MU (mc)	VMA	
<input type="checkbox"/> Acide homovanillique ⁸⁾	2MU (mc)	HVMA	
<input type="checkbox"/> Acide 5-hydroxyindol-acétique ⁸⁾	2MU (mc)	HIAA	
5. HORMONES			
<input type="checkbox"/> Hormone antimüllérienne (AMH)	S	AMH	
<input type="checkbox"/> LH	S	LH	
<input type="checkbox"/> FSH	S	FSH	
<input type="checkbox"/> Estradiol	S	E2OL	
<input type="checkbox"/> Progestérone	S	PG	
<input type="checkbox"/> Prolactine	S	PROL	
<input type="checkbox"/> Testostérone	S	TESTO	
<input type="checkbox"/> SHBG (Sex-hormone-binding-protein)	S	TEBG	
<input type="checkbox"/> DHEA	S	DHAS	
<input type="checkbox"/> Cortisol	S	CORTN	
6. INTOLÉRANCE À L'HISTAMINE			
<input type="checkbox"/> Histamine dans les selles ⁶⁾	SE	HISTA	
<input type="checkbox"/> Méthylhistamine	U	METHU	
<input type="checkbox"/> Diamine oxydase (DAO)	S	DAO	
<input type="checkbox"/> HISTAMIngen ^{7) *)} (Intolérance primaire à l'histamine; test de prédisposition génétique)	SA ou EDTA	GENO	
7. INTOLÉRANCES À L'HISTAMINE/ HYPERSENSIBILITÉS ALIMENTAIRES			
<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque - anti-gliadine désaminée IgG/IgA	S	AGLIG AGLIA	
<input type="checkbox"/> - anti-antitransglutaminase IgG et IgA	S	ATTGA ATTGA	

<input type="checkbox"/> Test de prédisposition génétique à la maladie cœliaque (HLA-DQ2/ DQ8) ^{7) *) **)}	SA ou EDTA	GENO	
<input type="checkbox"/> LACTOgen ^{7) *)} (intolérance primaire au lactose)	SA ou EDTA	GENO	
<input type="checkbox"/> Activité de clivage bactérienne du fructose et du sorbitol	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> ImuProScreen	S ou DBS	IPPRE	
<input type="checkbox"/> ImuPro Basic	S	IP100	
<input type="checkbox"/> ImuPro Basic Plus	S	IP200	
<input type="checkbox"/> ImuPro Complete	S	IP300	
8. EXAMENS COPROLOGIQUES/ FLORE INTESTINALE			
<input type="checkbox"/> FlorInScan Analyse quantitative de la flore intestinale (bactéries et levures); analyse des paramètres digestifs (résidus alimentaires, élastase-1-pancréatique); détection de l'hémoglobine fécale	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> FlorInScan Plus (FlorInScan avec IgA sécrétoire, calprotectine, alpha-1-antitrypsine)	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Microbiome PCR	SE (mc)	BAK	
<input type="checkbox"/> Acides gras à courte chaîne	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Rapport Firmicutes/ Bacteroidetes	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Antigène Helicobacter pylori	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Calprotectine	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Alpha-1-antitrypsine	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> IgA sécrétoire	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> IgA sécrétoire anti-gliadine	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> IgA sécrétoire anti-transglutaminase	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Activité bactérienne de clivage du fructose et sorbitol dans les selles	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Bétadéfensine	SE	BAK	

<input type="checkbox"/> Protéine éosinophile X (PEX)	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Lysozyme	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> M2PK	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Zonuline	SE	BAK	
<input type="checkbox"/> Histamine dans les selles ⁶⁾	SE	HISTA	
9. GYNÉCOLOGIE/ FLORE VAGINALE			
<input type="checkbox"/> FlorVaScan Analyse quantitative de la flore vaginale (bactéries et levures) et des lactobacilles producteurs de H ₂ O ₂ ; score de Nugent, degré de pureté; mise en évidence spécifique de Trichomonas spp. et d'Atopobium vaginae et Mobiluncus spp., Gardnerella vaginalis	FRO	BAK	
<input type="checkbox"/> Métabolites urinaires des oestrogènes 2OH-4OH-16OH	2MU (mc)	ESTU	
<input type="checkbox"/> Lactobacilles: Lactobacillus crispatus, Lactobacillus gasseri, Lactobacillus iners, Lactobacillus jensenii	FRO	INF MOL	
10.FLORE BUCCALE/ PARODONTITE			
<input type="checkbox"/> BACTOdent Plus ⁹⁾ (détection de sept agents pathogènes de la parodontite)	PIC	GENO	
11.MARQUEURS TUMORAUX/ SCREENING CANCER			
<input type="checkbox"/> PSA total (Antigène prostatique spécifique)	S	PSA	
<input type="checkbox"/> CA 15.3	S	CA153	
<input type="checkbox"/> CA 12.5	S	CA125	
<input type="checkbox"/> CA 19.9	S	CA199	
<input type="checkbox"/> ACE	S	CEA	
<input type="checkbox"/> Septin9 ⁹⁾ (dépistage cancer colorectal, méthylation de l'ADN)	3CPDA	SEPTIN9	

12.VIEILLISSEMENT CELLULAIRE			
<input type="checkbox"/> Télomères (longueur des télomères)	K2EDTA	TELO	
13.VITAMINES			
<input type="checkbox"/> Vitamine A ³⁾	S,L	VITA	
<input type="checkbox"/> Vitamine B1 ³⁾	EDTA, L	VITB1	
<input type="checkbox"/> Vitamine B2 ³⁾	EDTA, L	VITB2	
<input type="checkbox"/> Vitamine B3 ³⁾	S	VITB3	
<input type="checkbox"/> Vitamine B6 ³⁾	EDTA, L	VITB6	
<input type="checkbox"/> Réserve en acide folique (vitamine B9) ³⁾	S	FOL	
<input type="checkbox"/> Vitamine B12 ³⁾	S	B12	
<input type="checkbox"/> Holotranscobalamine (vitamine B12 active) ³⁾	S	HOLTR	
<input type="checkbox"/> Vitamine 25-OH-D3 ³⁾	S	25OHD	
<input type="checkbox"/> Vitamine 1,25 -OH-D ³⁾	S	125OHD	
<input type="checkbox"/> Vitamine E ³⁾	S,L	VITE	
<input type="checkbox"/> Biotine (vitamine H) ³⁾	S	BIOT	
<input type="checkbox"/> freeVitaminDgen ^{7) *) **)} (biodisponibilité de la vitamine D libre)	SA ou EDTA	GENO	
14.MINÉRAUX			
<input type="checkbox"/> Dosage complet des minéraux (sodium, potassium, calcium, magnésium, cuivre, fer, zinc, sélénium)	2H, 1EDTA	VOLMIN	
15.MALADIE DE LYME - BORRELIOSÉ			
<input type="checkbox"/> Elispot (IFNy, IL-2) ^{5) 9)}	4CIT	ELIBOR	
<input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi IgG	S	BORG	
<input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi IgM	S	BORM	
<input type="checkbox"/> ImmunoBlot IgG	S	BORGB	
<input type="checkbox"/> ImmunoBlot IgM	S	BORMB	
<input type="checkbox"/> PCR (sur tiques)	tiq	ZECBOR	
16.AUTRES ANALYSES			
<input type="checkbox"/> -			
<input type="checkbox"/> -			
<input type="checkbox"/> -			

Code-barre :

- 1) centrifugé, congelé, stable 24h
- 2) centrifugé, T° ambiante ou réfrigéré, stable 4 jours
- 3) non centrifugé, réfrigéré, stable 24h
- 4) réfrigéré, stable 1 semaine
- 5) non centrifugé, T° ambiante, stable 48h
- 6) T° ambiante, stable 7 jours
- 7) T° ambiante, stable plusieurs mois
- 8) réfrigéré, stable 3 jours
- 9) envoi des échantillons uniquement le lundi

Les kits de prélèvements sont fournis sur demande
S = sérum, **L** = protéger de la lumière, **EDTA** = sang entier, **EDTA-P** = EDTA plasma, **SA** = salive, **U** = urine, **1MU** = 1ères urines du matin, **2MU** = 2èmes urines du matin, **UJA** = urines de 24h acidifiées, **SE** = selle, **FRO** = frottis vaginal, **PIC** = pics dentaires, **CPDA** = CPDA tube sarstedt, **H** = tube héparine, **DBS** = échantillon de sang séché, **CIT** = tube citrate (**mc**) = milieu de conservation spécifique

*1) Le formulaire de consentement pour les analyses génétiques doit être signé.

***) Analyses génétiques ne pouvant être réalisées chez des personnes mineures qu'en cas de raisons cliniques clairement spécifiées (à saisir dans l'encadré rouge page 5 « Consentement pour analyses génétiques »)



Laboratoires Réunis
38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster

www.labo.lu

FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom du patient :

DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE DES MALADIES INFECTIEUSES

1. INFECTIONS RESPIRATOIRES

Grippe FRO
Influenza A/H1N1/B

Grippe/virus respiratoire syncytial FRO
Influenza A/B, RSV A/B

Pneumopathies atypiques
Chlamydia pneumoniae, FRO*
Legionella pneumophila/longbeachae, EXP
Mycoplasma pneumoniae

Pathogènes respiratoires (virus et bactéries)
Virus :
Adenovirus,
Bocavirus,
Coronavirus (229E, HKU1, NL63, OC43),
Enterovirus,
Human Metapneumovirus A/B, FRO*
Influenza A/ H1N1/ B, EXP
Parainfluenza 1-2-3-4,
Parechovirus,
Respiratory Syncytial Virus A/B,
Rhinovirus
Bactéries :
Chlamydia pneumoniae,
Haemophilus influenzae type B,
Mycoplasma pneumoniae,
Staphylococcus aureus,
Streptococcus pneumoniae

Autres bactéries respiratoires
Haemophilus influenzae type B, FRO*
Moraxella catarrhalis, EXP
Staphylococcus aureus,
Streptococcus pneumoniae,

Coqueluche FRO
Bordetella spp

2. TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Gastroentérite virale SE
Adenovirus,
Astrovirus,
Norovirus G1 & G2,
Rotavirus

Enterovirus/Parechovirus/Adenovirus SE

Gastroentérite bactérienne
Campylobacter coli/jejuni/lari, SE
Clostridium difficile,
EHEC,
Salmonella spp,
Shigella spp,
Yersinia enterocolitica

Parasites intestinaux SE
Cryptosporidium spp.,
Entamoeba histolytica,
Giardia lamblia

Bactéries intestinales pathogènes SE
Bacteroides fragilis,
Enterococcus faecalis,
Enterobacter cloacae,
Escherichia coli NC 101,
Fusobacterium nucleatum,
Staphylococcus aureus

3. INFECTIONS URO GÉNITALES

Maladies sexuellement transmissibles
Chlamydia trachomatis, FRO*
Mycoplasma genitalium, 1MU
Neisseria gonorrhoeae

Maladies sexuellement transmissibles Plus
Chlamydia trachomatis, FRO*
Mycoplasma genitalium, 1MU
Mycoplasma hominis,
Neisseria gonorrhoeae,
Trichomonas vaginalis,
Ureaplasma parvum,
Ureaplasma urealyticum

Ulcérations génitales 1MU*
Herpes Simplex Virus 1&2, FRO
Treponema pallidum

Infections vaginales/vaginites FRO
Atopobium vaginae,
Gardnarella vaginalis,
Mobiluncus curtisii,
Mobiluncus mulieris,
Trichomonas vaginalis

Papillomavirus humain détection (haut risque) Autotest*
HR16, HR18_45, ThinPrep
HR31/33/35/52/58, HR51/59,
HR39/56/66/68

Papillomavirus humain bas et haut risques Autotest*
HR16/18/31/33/35/39/45/ ThinPrep
51/52/53/56/58/59/66/ FRO
68/73/82, 1MU (♂)
LR6/11/42/44/54/61/62/67
/70/72/81/83/84/90/91

Frottis cervico-vaginal (Thinprep/autotest):
Température ambiante, stable 1 mois

1MU = 1ères urines de matin, EDTA = sang entier,

4. INFECTIONS OCULAIRES

Infections oculaires FRO
Adenovirus,
Chlamydia trachomatis,
Herpes Simplex Virus 1&2,
Virus de la varicelle

5. FIÈVRE, ÉRUPTIONS CUTANÉES ET MALADIES INFANTILES

Vésicules cutanées FRO
Herpes Simplex Virus 1&2,
Virus de la varicelle

Fièvre et éruptions cutanées
Enterovirus, EDTA*
Human Herpes Virus 6&7, FRO
Parvovirus B19,
Virus de la rougeole

Oreillons FRO
Virus des oreillons

Coqueluche FRO
Bordetella spp

6. MÉNINGITE

Méningite virale LCR
Enterovirus,
Herpes Simplex Virus 1&2,
Parechovirus,
Virus des oreillons,
Virus de la varicelle

7. HÉPATITES

Hépatite B EDTA

HBV Géotypage EDTA

Hépatite C EDTA

HCV Géotypage EDTA

8. INFECTIONS OPPORTUNISTES/ IMMUNOSUPPRESSION

Immunodépression EDTA*
Adenovirus, FRO
Cytomegalovirus (CMV),
Epstein-Barr Virus (EBV)

HSV 8 EDTA*
Human Herpes Virus 8 FRO

9. MALADIES TROPICALES

Malaria Screening Test avec Typage EDTA
Plasmodium falciparum,
Plasmodium malariae,
Plasmodium ovale,
Plasmodium vivax

Zika Virus EDTA*
 FRO

Zika/Dengue/Chikungunya EDTA*
 FRO

Coronavirus FRO
MERS-CoV,
Middle East Respiratory,
Syndrome Coronavirus

10. FLORE BUCCALE ET PARODONTOSE

Bactodent plus
Aggregatibacter actinomycetemcomitans,
Fusobacterium sp.,
Porphyromonas micra, PIC
Prevotella intermedia,
Tannerella forsythia,
Treponema denticola

Flore buccale (autres germes) PIC
Streptococcus mutans F,
Streptococcus mutans K

Divers FRO
Corynebacterium tuberculostearicum,
Staphylococcus aureus

11. INFECTIONS CUTANÉES ET DES PHANÈRES

Dermatophytes
Microsporium canis/audouinii/
ferrugineum, Ongles/
Trichophyton interdigitale, Cheveux/
Trichophyton mentagrophytes Squames*
complexe, FRO
Trichophyton rubrum complexe,
Trichophyton tonsurans/equinum,
Trichophyton violaceum

12. INFECTIONS FONGIQUES

Candidose SE*
Candida albicans, FRO
Candida glabrata,
Candida krusei,
Candida parapsilosis,
Candida tropicalis

Code-barre :

Conditions pré-analytiques:

Urine : Réfrigéré, stable 1 semaine

EDTA : Réfrigéré, stable 48h

Selles : Température ambiante, stable 48h

Frottis, Expectoration :

Température ambiante, stable 3 jours

Cheveux, ongles, squames :

Température ambiante, stable 1 semaine

EXP = expectoration, **S =** sérum, **SE =** selles,

FRO = frottis, **PICS =** pics dentaires, **♂ =** masculin

* Cocher le matériel à prélever



Laboratoires Réunis
38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster

www.labo.lu

FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom du patient :

TESTS GÉNÉTIQUES	
<p>En cas de demande de tests génétiques, la déclaration de consentement devra être jointe dûment signée !</p>	
Anti-âge CAT N°	<input type="checkbox"/> DETOXgen micronutrition GE0061 <input type="checkbox"/> METHYLgen GE0068 <input type="checkbox"/> DIABETOgen **) (diabète type II) GE0007 <input type="checkbox"/> Hémochromatose GE0031 <input type="checkbox"/> Syndrome de Gilbert GE0029
<input type="checkbox"/> FITgen **) q) (activité physique) GE0019	Endocrinologie et désordres métaboliques CAT N° <input type="checkbox"/> COELIAGEN (maladie coeliaque) GE0024 <input type="checkbox"/> LACTOgen (intolérance au lactose) GE0026 <input type="checkbox"/> Intolérance héréditaire au fructose GE0028 <input type="checkbox"/> WEIGHTgen **) q) (contrôle du poids) GE0021
<input type="checkbox"/> SKINgen **) q) (santé de la peau) GE0018	Gastroentérologie CAT N° <input type="checkbox"/> COELIAGEN (maladie coeliaque) GE0024 <input type="checkbox"/> COLOgen **) q) (cancer du côlon) GE0004 <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn GE0025 <input type="checkbox"/> Hémochromatose GE0031 <input type="checkbox"/> Intolérance héréditaire au fructose GE0028 <input type="checkbox"/> LACTOgen (intolérance au lactose) GE0026 <input type="checkbox"/> HISTAMINgen (intolérance primaire à l'histamine) GE0060
<input type="checkbox"/> WEIGHTgen **) q) (contrôle du poids) GE0021	<input type="checkbox"/> freeVitaminDgen **) (statut de la vitamine D) GE0061 <input type="checkbox"/> NICOTINEgen **) (addiction à la nicotine) GE0013 <input type="checkbox"/> OMEGA-3-SELECTgen **) (activité des désaturases) GE0063
<input type="checkbox"/> Well-being **) q) (anti-âge) GE0022	Oncologie CAT N° <input type="checkbox"/> COLOgen **) q) (cancer du côlon) GE0004 <input type="checkbox"/> FEMgen **) q) (cancer du sein et THS) GE0009 <input type="checkbox"/> PROSTATEgen **) q) (cancer de la prostate) GE0017 BRCA1/2 **) (cancer du sein héréditaire) Veuillez noter que les procédures de prélèvement et les exigences liées aux analyses sont fournies avec le kit
Cardiologie et maladies vasculaires CAT N°	<input type="checkbox"/> CARDIOgen **) q) (maladies cardiovasculaires) GE0003 <input type="checkbox"/> MTHFR Homocystéinémie GE0031 <input type="checkbox"/> LIPIDgen **) q) (troubles du métabolisme lipidique) GE0010 <input type="checkbox"/> THROMBOgen q) (thrombose veineuse profonde) GE0020
Santé Dentaire CAT N°	Gynécologie CAT N° <input type="checkbox"/> FEMgen **) q) (traitement hormonal de substitution) GE0009 <input type="checkbox"/> OSTEogen **) q) (ostéoporose) GE0014 <input type="checkbox"/> THROMBOgen q) (thrombose veineuse profonde) GE0020
<input type="checkbox"/> BUCCOScreen = DENTYgen + BACTOdent Plus **) GE0034	Neurologie et psychiatrie CAT N° <input type="checkbox"/> BRAINgen **) (maladie d'Alzheimer) GE0002 <input type="checkbox"/> NEUROgen **) (maladies neuro-dégénératives) GE0012 <input type="checkbox"/> EMOgen **) (instabilité émotionnelle) GE0008
<input type="checkbox"/> DENTYgen **) (prédisposition génétique à la parodontite) GE0005	Nutrition et stimulants CAT N° <input type="checkbox"/> BASICgen **) GE0040 <input type="checkbox"/> LIPIDgen **) q) (troubles du métabolisme lipidique) GE0010
Dermatologie CAT N°	<input type="checkbox"/> ALOPECIAGEN **) (alopécie androgénique) GE0001 <input type="checkbox"/> SKINgen **) q) (santé de la peau) GE0018
Detoxification et méthylation CAT N°	<input type="checkbox"/> DETOXgen q) (capacité de désintoxification) GE0006
	<input type="checkbox"/> DIABETOgen **) (diabète type II) GE0007 <input type="checkbox"/> COELIAGEN (maladie coeliaque) GE0024 <input type="checkbox"/> LACTOgen (intolérance au lactose) GE0026 <input type="checkbox"/> Intolérance héréditaire au fructose GE0028 <input type="checkbox"/> WEIGHTgen **) q) (contrôle du poids) GE0021 <input type="checkbox"/> HISTAMINgen (intolérance primaire à l'histamine) GE0060 <input type="checkbox"/> freeVitaminDgen **) (statut de la vitamine D) GE0061 <input type="checkbox"/> NICOTINEgen **) (addiction à la nicotine) GE0013 <input type="checkbox"/> OMEGA-3-SELECTgen **) (activité des désaturases) GE0063 <input type="checkbox"/> COLOgen **) q) (cancer du côlon) GE0004 <input type="checkbox"/> FEMgen **) q) (cancer du sein et THS) GE0009 <input type="checkbox"/> PROSTATEgen **) q) (cancer de la prostate) GE0017 BRCA1/2 **) (cancer du sein héréditaire) Veuillez noter que les procédures de prélèvement et les exigences liées aux analyses sont fournies avec le kit
	<input type="checkbox"/> Intolérance héréditaire au fructose GE0028 <input type="checkbox"/> MTHFR Homocystéinémie GE0032 <input type="checkbox"/> LACTOgen (intolérance au lactose) GE0026 <input type="checkbox"/> WEIGHTgen q) (contrôle du poids) GE0021
	Pharmacogénomique CAT N° <input type="checkbox"/> Pgx-Passeport GE00801 <input type="checkbox"/> Pgx-Passeport complet GE00137 <input type="checkbox"/> Pgx-Bilan médicaments optimisé GE00138
	Service de séquençage <input type="checkbox"/> CES du cancer du sein et de l'ovaire (BRCA 1 & 2 incl MLPA) GE0064 <input type="checkbox"/> Séquençage d'exome clinique (CES) GE0066 <input type="checkbox"/> Séquençage de l'exome complet (WES) GE0065 <input type="checkbox"/> Séquençage du génome complet (WGS) GE0067
	Analyse de polymorphismes CAT N° <input type="checkbox"/> DIO2 <input type="checkbox"/> COMT <input type="checkbox"/> CBS <input type="checkbox"/> FUT2 <input type="checkbox"/> APOE <input type="checkbox"/> VDR Analyse de polymorphismes personnalisée (SNP) (svp. préciser) : N/A ----- ----- ----- -----
	Ophthalmologie CAT N° <input type="checkbox"/> GLAUCOMAGEN (glaucome exfoliatif) GE0039 <input type="checkbox"/> MACULAGEN (dégénérescence maculaire liée à l'âge) GE0011
	Pédiatrie CAT N° <input type="checkbox"/> Déficit en α 1-antitrypsine GE0030 <input type="checkbox"/> COELIAGEN (maladie coeliaque) GE0024 <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn GE0025
	Code-barre :

Matériel de prélèvement : EDTA ou salive ou frottis. Kits fournis sur demande

**) Analyses génétiques ne pouvant être réalisées chez des personnes mineures qu'en cas de raisons cliniques clairement spécifiées (à saisir dans l'encadré rouge page 5 « Consentement pour analyses génétiques »)

q) questionnaire de santé requis



Laboratoires Réunis
38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster

www.labo.lu

FORMULAIRE DE DEMANDE

DÉCLARATION DE PRISE EN CHARGE DES COÛTS PAR LE PATIENT

Par ma signature, j'accepte que les Laboratoires Réunis procèdent à la réalisation des prestations médicales de laboratoire prescrites et de prendre à ma charge les coûts occasionnés.

Je suis informé(e) qu'il s'agit de prestations hors nomenclature n'ouvrant pas droit à la prise en charge des frais par ma caisse-maladie ou par tout autre organisme de remboursement.

Une facture pour la réalisation des prestations médicales de laboratoire prescrites me sera adressée prochainement.

Date :

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES

Je soussigné(e) consens à ce que :

- mes informations personnelles et données médicales soient collectées, traitées et utilisées dans le cadre du contrat thérapeutique par le groupe LABORATOIRES RÉUNIS Luxembourg S.A., sis au 38, Rue Hiehl, ZAC Laangwiss L-6131 JUNGLINSTER. Je consens également à la sauvegarde de ces données pendant une période de dix ans.
- mes informations personnelles et résultats d'analyses puissent être

consultés sur un portail web (Med-Login) – spécialement conçu à l'attention des médecins – dont l'utilisation est strictement contrôlée par l'octroi de codes d'accès aux utilisateurs et de systèmes de cryptage sûrs ; les résultats de mes analyses ne soient communiqués qu'à moi-même et au médecin traitant

Je suis informé(e) que toutes les informations à caractère personnel sont collectées, traitées, utilisées et transmises aux seules fins précitées et dans

le respect de la loi luxembourgeoise sur la protection des données.

Je suis informé(e) que je peux retirer ce consentement à tout moment sans la moindre justification ni pénalisation ultérieure pour mon traitement médical.

J'autorise une utilisation ultérieure anonyme de mes données médicales, à savoir sans référence à ma personne.

Signature du/de la patient(e) :
(Signature des parents/tuteur légal pour les mineurs)
Nom du signataire en caractères d'imprimerie.

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

A remplir seulement en cas de demande de tests génétiques!

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez effectuer des analyses génétiques pour :

- vous-même votre enfant
 la personne dont vous êtes le représentant légal

Nom du patient :

Date de naissance :

Seul un médecin peut prescrire des analyses génétiques. Un conseil génétique professionnel est requis avant de signer le consentement, ceci afin que vous ayez clairement compris les risques et bénéfices d'une telle analyse.

Vous devez lire et signer ce document avant de procéder au recueil de l'échantillon. Les analyses génétiques sont effectuées à partir d'un prélèvement salivaire ou d'un prélèvement sanguin (EDTA ou sang séché sur papier filtre, DBS).

En l'absence d'une raison clinique spécifique, les analyses génétiques préventives ne peuvent être réalisées que chez des personnes adultes. Les analyses génétiques qui ne sont pas exclusivement réservées aux adultes sont distinctement signalées sur l'index des analyses.

À l'instar de toutes analyses médicales et conformément à la législation européenne, le traitement de vos informations personnelles est effectué dans des conditions de sécurité et de confidentialité. Seul votre médecin prescripteur est habilité à consulter vos résultats et à vous les communiquer au cours d'une consultation. En aucune circonstance, vos données ne seront transmises à des tiers.

Patient : Date, nom et signature :

Hypothèse diagnostique, indication médicale

Après exécution des analyses requises, l'échantillon biologique pourra être conservé de manière anonyme conformément à la loi sur la protection des données et éventuellement être utilisé à des fins médicales et de recherche scientifique. Vous pouvez vous opposer à la requalification de votre échantillon biologique en nous faisant parvenir par l'entremise de votre médecin une déclaration d'opposition par écrit.

Il est important de savoir que les tests génétiques vous apportent de nombreuses informations sur votre santé et peuvent par conséquent révéler certaines susceptibilités à développer des maladies multifactorielles partiellement imputables à votre patrimoine génétique. Nous vous recommandons de demander conseil à votre médecin prescripteur pour toutes questions relatives aux tests génétiques.

Par ma signature, j'atteste : (barrer les champs qui ne s'appliquent pas)

- avoir pris connaissance des informations relatives aux tests génétiques,
- avoir reçu toutes les informations nécessaires concernant la valeur, les limites et les conséquences de ces tests de la part du médecin prescripteur,
- avoir pris librement ma décision et avoir disposé d'un temps de réflexion approprié avant de consentir à effectuer des analyses génétiques,

Prescripteur : Cachet, date, signature

Je certifie avoir apporté une information claire et précise au patient susnommé conformément à la législation nationale en vigueur sur la réalisation de tests à caractère génétique, (ex. Article L-1131.2 du code de la santé publique en France ou Gendiagnostikgesetz en Allemagne).

· autoriser les LR-MDL (LR-Medizinisch Diagnostisches Labor) ou un laboratoire médical partenaire à effectuer les analyses génétiques en mon nom voire au nom de la personne susmentionnée en ma qualité de parent/tuteur légal,

· autoriser la conservation de mon échantillon biologique conformément aux dispositions de la loi sur la protection des données et son utilisation éventuelle à des fins de recherche,

· autoriser l'archivage des résultats d'analyses au-delà de la période légale de 10 ans,

· que seul mon médecin prescripteur recevra les résultats en raison de la complexité et de la nature des informations révélées.

Je suis libre de révoquer à tout moment et sans justification tout ou partie de ma déclaration de consentement et de refuser de prendre connaissance des résultats des analyses.

Je suis libre de renoncer au conseil génétique.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES

Je soussigné(e) consens à ce que :

- Contrairement à la plupart des examens médicaux, les analyses sans indication médicale clairement définie sont soumises à la TVA. À ce titre, le montant de la TVA légalement applicable sera facturé. En dehors de l'Union européenne, des droits de douane et /ou autres taxes peuvent s'appliquer.
- mes informations personnelles et données médicales soient collectées, traitées et utilisées dans le cadre du contrat thérapeutique par la société LR-MDL GmbH, sise au 18, Max-Planck-Str., 54296 Trèves en Allemagne. Je consens également à la sauvegarde de ces données pendant une période de dix ans.

· ces données soient sauvegardées au sein du groupe LABORATOIRES RÉUNIS Luxembourg S.A., dont la société LR-MDL fait partie intégrante, sis au 38, rue Hiehl, Z.A.C Laangwiss, L-6131 JUNGLINSTER, sur leur serveur au Luxembourg dont l'accès est exclusivement réservé au personnel du groupe. Les données sont transmises par communication cryptée ;

· mes informations personnelles et résultats d'analyses puissent être consultés sur un portail web (MedLogin) - spécialement conçu à l'attention des médecins - dont l'utilisation est strictement contrôlée par l'octroi de codes d'accès aux utilisateurs et de systèmes de cryptage sûrs ;

· les résultats de mes analyses ne soient communiqués qu'au médecin traitant

tées et utilisées dans le cadre du contrat thérapeutique par la société LR-MDL GmbH, sise au 18, Max-Planck-Str., 54296 Trèves en Allemagne. Je consens également à la sauvegarde de ces données pendant une période de dix ans.

Je suis informé(e) que toutes les informations à caractère personnel sont collectées, traitées, utilisées et transmises aux seules fins précitées et dans le respect de la loi luxembourgeoise sur la protection des données.

J'autorise une utilisation ultérieure anonyme de mes données médicales, à savoir sans référence à ma personne.

Je suis informé(e) que toutes les informations à caractère personnel sont collectées, traitées, utilisées et transmises aux seules fins précitées et dans le respect de la loi luxembourgeoise sur la protection des données.

J'autorise une utilisation ultérieure anonyme de mes données médicales, à savoir sans référence à ma personne.

Code-barre :



Laboratoires Réunis
38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster

www.labo.lu