

Os dados em VERMELHO são obrigatórios.

Informação do Paciente Por favor escreva em letras de forma.

Nome				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Sobrenome					
Endereço		Cidade		Estado	Código Postal
País	Telefone		Data de Nascimento (DD/MM/AA)	Idade	Peso
E-mail – Entregamos resultados SOMENTE por e-mail					
Segundo E-mail					

Pessoa Responsável do Pagamento (se for diferente ao paciente)

Nome		Sobrenome			
Endereço		Cidade		Estado	Código Postal
País		Telefone			

Informação do Médico (obrigatório para os residentes dos Estados Unidos)

Nome:		Sobrenome:		Credenciais	
Endereço:		Cidade:		Estado:	Código Postal:
País:		Telefone:		Fax	
E-mail:					
Segundo E-mail					
Assinatura					

Método de Pagamento - (é extremamente importante que o seu cartão esteja desbloqueado)

Cartão de Crédito: Os custos de envio serão cobrados a seu cartão de crédito conforme à Tabela de Preços de Envio incluída nas instruções.

Visa MasterCard American Express Discover

Número de Cartão: _____ Expiração: _____ Código de Segurança: _____

Portador do Cartão: _____ Assinatura: _____

Transferência Bancária

***ATENÇÃO:** Por favor inclua os custos de envio (veja a Tabela de Tarifas de Envio incluída nas instruções). Por favor acrescentar US\$ 40 para cobrir os custos da transferência bancária (os resultados serão entregues somente se esse pagamento for recebido).

Informação para a transferência:

Banco: Bank of America **Endereço:** 7747 Quivira St., Lenexa, KS 66214, USA

Número de Conta: 518002615024 **Beneficiário:** Great Plains Laboratory

Número ABA Number: 026009593 **Número SWIFT-BIC:** BOFAUS3N

Por favor envie uma cópia do recibo da transferência ao fax +1 (913) 754-0464 (atenção Eric Shaw)

Cobrar ao Médico

PayPal (envie o pagamento a Payment@GPL4U.com)

Cheque (somente bancos nos Estados Unidos e Porto Rico)

Língua dos Resultados

Inglês (English) Espanhol (Spanish) Francês (French) Italiano (Italian) Português (Portuguese) Alemão (German) Japonês (Japanese)

Atenção: Não todos os resultados estão traduzidos a todas as línguas. Se sua preferência não estiver disponível os resultados serão entregues em inglês.

Aceito tiver solicitado services de laboratório com a recepção desse formulário. Permito que a cópia seja usada em vez do original.

Assinatura do pae ou responsável: _____ Data (DD/MM/ANO): _____

Internal Use Only: O ___ A ___ DE ___ C ___ MedSys # ___ F ___ M ___ E ___ I ___ DR ___

A hora e a data da coleta é obrigatória para todas as amostras.

URINA: Data da coleta: _____ Hora: _____ AM PM
 A amostra de urina foi congelada? Sim Não

SANGUE: Data da coleta: _____ Hora: _____ AM PM

FEZES 1: Data da coleta: _____ Hora: _____ AM PM

FEZES 2: Data da coleta: _____ Hora: _____ AM PM

CABELO: Data da coleta: _____ Hora: _____ AM PM

SALIVA: Data da coleta: _____ Hora: _____ AM PM

Pedido de Testes Individuais

URINA

- Amino Ácidos** (Amino Acids) Uma coleta 24 Hr. Volume Total ____ mL
- Peptídeos de Glúten e Caseína** (Peptides)
- Metais na Urina** (selecione o tipo de amostra) (Metals Urine)
 - Uma coleta
 - Tempo controlado Por ____ hrs. Volume Total ____ mL
 - 24 Hrs. Volume Total ____ mL
 - Antes ou Após quelator ____ dose ____
- Teste de Ácidos Orgânicos Microbianos** (MOAT)
- Novo Teste de Ácidos Orgânicos** (OAT)
- Atividade da Fosfolipase A2** (PLA2)
- GPL-Tox** (GPLTOX)
- Perfil de Porfirinas** (Porphyrins)
- Glisofato** (Glyphosate)
- Outro** (Outro) _____

COMBO DE URINA E FEZES

- COMBO Ácidos Orgânicos Microbianos e Teste de Microbiologia** (MOAT + Microbiology COMBO)
- COMBO Ácidos Orgânicos e Teste de Microbiologia** (OAT+ Microbiology COMBO)

FEZES

- Avaliação Completa de Fezes** (CSAP2)
- Metais nas Fezes** (Metals-Stool)
 - Antes ou Após do quelator _____ dose _____
- O paciente tem amalgamas dentais? Sim. Quantas? ____ Não
- Teste de Microbiologia (Microbiology)**
- Outro** (Other) _____

SANGUE, SORO E CABELO

- Perfil Avançado de Colesterol** (Advanced Cholesterol Profile)
- Proteína C-Reactiva** (C-Reactive Protein Test (hs-CRP))
- Teste da Doença Celiaca** (Celiac Disease Test)
- Ceruloplasmina** (Ceruloplasmin Test)
- Cobre** (Copper Test)
- Perfil de Cobre e Zinco** (Copper / Zinc Profile)
- Ácidos Graxos Essenciais** (Essential Fatty Acids Test)
- IgE Alergias Combinado Avançado (93,69)** (IgE Advanced Combined)
- IgE Alergias Alimentares Básico (25)** (IgE Food Allergy Basic)
- IgE Alergias Alimentares Avançado (93)** (IgE Food Allergy Advanced)
- IgE Alergias Respiratórias Básico (36)** (IgE Inhalant Allergy Basic)
- IgE Alergias Respiratórias Avançado (69)** (IgE Inhalant Allergy Advanced)
- IgG Alergias Alimentares Sangue Seco (93)** (IgG Food Allergy DBS)
- IgG Alergias Alimentares – Soro (93)** (IgG Food Allergy – Serum)
- GPL SNP1000 Teste de DNA no sangue/saliva (GPL SNP1000)**
- Perfil de Imunodeficiências** (Immune Deficiency Profile)
- Metais:** **Cabelo** (Hair) **Sangue** (Whole Blood)
 - Glóbulos Vermelhos** (Red Blood Cell)
- Prealbumina** (Prealbumin Test)
- Perfil de Anticorpos ao Estreptococco** (Streptococcus Antibodies Profile)
- Vitamina D** (Vitamin D Test)
- Zinc** (Zinc Test)
- Outro** (Other) _____

Ordem de Painéis

Basic Assessment Panel (BAP)

Ácidos Orgânicos
Peptídeos de Glúten e Caseína
IgG Alergias Alimentares
Metais no Cabelo

Painel de Avaliação Básica 2 (BAP 2)

Ácidos Orgânicos
Peptídeos de Glúten e Caseína
Teste de Microbiologia
IgG Alergias Alimentares
Metais no Cabelo

Metabolic Assessment Panel (MAP)

COMBO Ácidos Orgânicos + Teste de Microbiologia (Microbiology)
Peptídeos de Glúten e Caseína
IgG Alergias Alimentares
Perfil de Imunodeficiências
Metais no Cabelo

Advanced Assessment Panel (AAP)

Ácidos Orgânicos
Peptídeos de Glúten e Caseína
Avaliação Completa de Fezes
IgG Alergias Alimentares
Metais no Cabelo

Comprehensive Assessment Panel (CAP)

Ácidos Orgânicos
Peptídeos de Glúten e Caseína
Avaliação Completa de Fezes
IgG Alergias Alimentares
Perfil de Cobre e Zinco
Perfil de Imunodeficiências
Metais no Cabelo
C-Reactive Protein Test
Perfil de Anticorpos ao Estreptococco
Prealbumina

Por favor selecione todas as condições que descrevem ao paciente.

Esta informação é usada para investigação e pode ajudar na interpretação de resultados, não é obrigatório.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade | <input type="checkbox"/> Colite | <input type="checkbox"/> Cólon Irritável | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Enfermedade de Crohn | <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Transtorno Obsessivo Compulsivo | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Sintomas autistas | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Transtorno Generalizado do desenvolvimento | <input type="checkbox"/> Outro (escreva no espaço embaixo) |
| <input type="checkbox"/> Fadiga crônica | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Psicose | |