

## Contenu du kit d'examen

Commencez par identifier ces neuf éléments de votre kit d'examen.

Sac en plastique contenant : 4 tubes de salive avec code couleur (rose, vert, orange, bleu) et 4 pailles

Boîte de kit d'examen

Glacière isotherme avec couvercle

Paquet pour expédition au laboratoire

Formulaire de demande d'examen

Enquête auprès des patients

Sac de glace

Feuille d'emballage absorbante

## Préparation de votre examen

- **Important : n'arrêtez pas la prise de vos médicaments ou compléments alimentaires sans avoir au préalable consulté votre professionnel de santé.** Utilisez le tableau Recommandations spécifiques comme guide pour discuter avec votre médecin.
- **Veillez lire attentivement toutes les instructions.**
- **Placez le sac de glace à plat dans votre congélateur,** afin qu'il soit prêt pour l'expédition avec votre échantillon.
- **Prélevez la salive un jour que vous avez déterminé avec votre médecin en** tenant compte tenu du tableau des recommandations.
- **Localisez et remplissez le formulaire à code-barres de votre kit d'examen.** Placez un autocollant à code-barres sur le côté transparent du sac en plastique. Assurez-vous que les informations sont lisibles et comportent la date de prélèvement et que le nom correspond à celui indiqué sur la demande d'examen.
- **Remplissez le questionnaire destiné aux patients** inclus dans votre kit d'examen.
- **Trouvez un endroit propre et sec pour prélever vos échantillons** au cours de la journée, de préférence avec l'accès à un évier et à un miroir.

### **Pour les patients résidant aux États-Unis :**

Il est important de prélever votre échantillon de **lundi à jeudi** afin qu'il puisse parvenir à notre laboratoire avant le week-end.

### **Pour les patients résidant en dehors des États-Unis :**

Prélevez et expédiez votre échantillon un **lundi ou un mardi**.

## Recommandations spécifiques

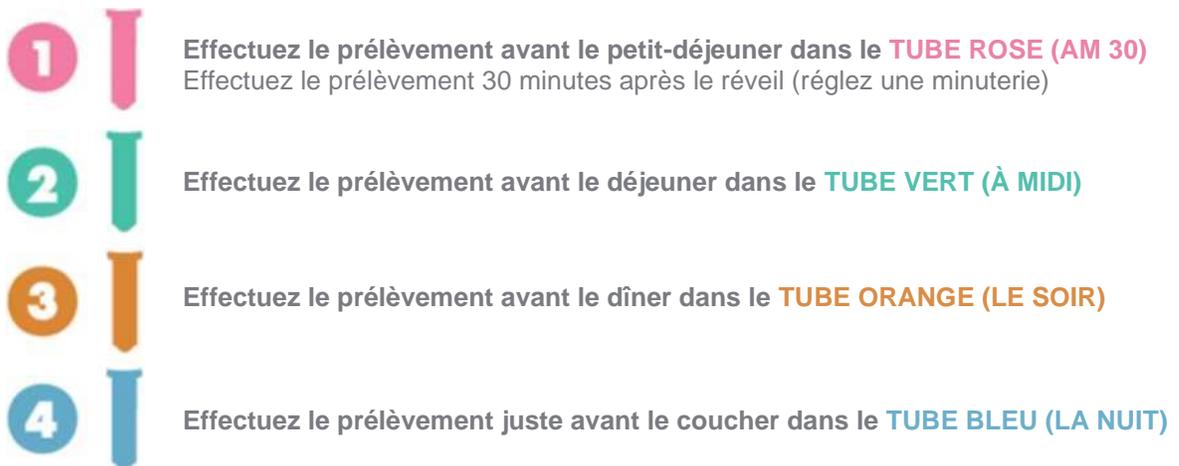
Si vous utilisez actuellement :	Action requise :
<b>Hormones topiques (crèmes)</b>	La dernière dose avant le prélèvement doit être prise et arrêtée 12 à 24 heures avant le premier prélèvement de salive. N'appliquez pas d'hormones topiques pendant toute la journée du prélèvement de salive, car cela contaminera votre échantillon.
<b>Hormonothérapie par voie sublinguale</b>	La dernière dose avant le prélèvement doit être prise et arrêtée 24 à 36 heures avant le premier prélèvement de salive. Buvez deux verres d'eau de 8 oz (236 ml) immédiatement après avoir pris la dernière dose. N'appliquez pas d'hormones sublinguales pendant toute la journée du prélèvement de salive, car cela contaminera votre échantillon.
<b>Hormones orales (pilules ou comprimés)</b>	Il n'existe aucune restriction. Utilisez comme prescrit, même le jour du prélèvement.
<b>Injections d'hormones, pastilles sous-cutanées et timbres transdermiques</b>	Planifiez votre prélèvement dans l'intervalle entre les doses ou les injections.  Par exemple, si vous recevez votre injection le premier de chaque mois, programmez votre test pour les 14, 15, 16 ou 17 du mois.
<b>Supplémentation en cortisol ou en glucocorticoïdes</b>  <b>y compris les crèmes à l'hydrocortisone, les pilules anti-inflammatoires stéroïdiennes, les inhalateurs pour l'asthme.</b>	Consultez votre fournisseur de soins pour obtenir des instructions si vous prenez un supplément de cortisol pour le soutien des surrénales (ou tout autre glucocorticoïde pour des raisons médicales).  Certains médicaments, notamment les crèmes à l'hydrocortisone et les inhalateurs pour l'asthme, contiennent du cortisol. Pour évaluer votre production naturelle de cortisol, il est recommandé d'arrêter d'utiliser des produits contenant du cortisol 5 jours avant le prélèvement de l'échantillon. Consultez votre prestataire de soins avant d'arrêter un ou plusieurs médicaments contenant du cortisol.
<b>Le stérilet comme moyen de contraception</b>	Il n'existe aucune restriction. Faites le prélèvement le jour qui vous convient.
<b>Vitamines ou autres suppléments</b>	Ne les prenez pas le jour du prélèvement avant d'avoir terminé tous les quatre échantillons.
<b>Femmes avec cycles menstruels</b>	Prélevez 1 jour pendant les jours 19 à 23 d'un cycle de 28 jours, en comptant le premier jour de vos règles comme jour 1.
<b>Femmes post-ménopausées</b> <b>Femmes ayant subi une hystérectomie et hommes ne prenant pas d'hormones</b> <b>Profils de la fonction surrénale uniquement (cortisol, sigA, et/ou DHEA)</b> <b>Femmes avec stérilet hormonal* (sans cycle)</b>	Prélevez n'importe quel jour du mois. Si vous prenez des hormones ou si vous êtes sous supplémentation en cortisol et/ou mélatonine, veuillez lire les recommandations mentionnées ci-dessus.

## Avant que vous ne commenciez l'examen

- Le premier prélèvement de salive DOIT avoir lieu 30 minutes après le réveil. Réglez une minuterie si nécessaire.
- Évitez de :
  - prendre des compléments alimentaires tant que vous n'avez pas encore prélevé tous les quatre échantillons ;
  - manger ou boire une heure avant le prélèvement de salive ;
  - vous brosser les dents, utiliser du fil dentaire ou faire des soins dentaires 30 minutes avant le prélèvement ;
  - consommer des aliments ou des boissons qui contiennent de la caféine toute la journée.
  - utiliser des crèmes « anti-vieillessement ».
- Avant chaque prélèvement de salive, lavez-vous les mains et rincez-vous la bouche avec de l'eau, mais patientez 10 minutes pour prélever votre échantillon de salive (pour éviter la dilution).
- L'utilisation de produits cosmétiques est autorisée.

## Commençons maintenant !

1. Prélevez la salive le jour que votre médecin et vous avez choisi. Tous les 4 échantillons de salive doivent être prélevés en une seule journée. Les tubes de prélèvement sont codés par couleur.
  - Vous pouvez utiliser les pailles fournies pour aider à faire passer la salive dans chaque tube (en option). Jetez les pailles avant l'expédition.
2. Prélevez l'échantillon ; chaque tube doit être rempli aux 3/4. Des bulles ou la mousse sont acceptables.



3. Après chaque prélèvement de salive, fermez hermétiquement le tube de salive. Placez immédiatement l'échantillon dans le congélateur. L'échantillon doit être congelé pendant au moins 4 à 6 heures avant l'expédition.
4. Notez la date et l'heure de chaque prélèvement sur le sac.

## Préparation de l'échantillon à expédier

1. Assurez-vous que l'étiquette à code-barres placée sur le sac en plastique a été remplie et correspond à la demande d'examen (ou au formulaire de demande d'examen).

2. Sortez les tubes congelés et le sac de glace du congélateur et placez-les dans le sac en plastique avec la feuille d'emballage absorbante avant de sceller ce sac.
3. Mettez le sac en plastique dans la glacière isotherme avec couvercle. Mettez le couvercle sur la glacière et placez celle-ci dans la boîte du kit.
4. Insérez l'Enquête auprès des patients et le formulaire de demande d'examen (si vous ne vous êtes pas inscrit en ligne) dans la boîte du kit et fermez-la, puis mettez la boîte dans le paquet du laboratoire pour expédition.
5. Consultez les instructions dans votre kit d'examen pour les détails sur l'expédition de vos prélèvements.

**Assurez-vous que tous les échantillons ont été étiquetés. Les échantillons non étiquetés ne seront pas acceptés.**

## Quelle est la prochaine étape ?

Les résultats de vos examens seront communiqués à votre médecin ou conseiller de santé généralement deux semaines après réception aux laboratoires Mosaic Diagnostics.

Il appartiendra à votre médecin ou à votre conseiller de santé d'examiner les résultats avec vous, d'identifier les domaines d'intérêt ou de préoccupation et de définir avec vous les prochaines étapes à suivre.

## Avez-vous des questions ?

Si vous avez des questions sur les prélèvements ou envois, n'hésitez pas à nous contacter :

**Téléphone** | Notre aimable équipe du service client est disponible du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 17 h 00, heure normale du centre au 800-288-0383

**Email** | [CustomerService@MosaicDX.com](mailto:CustomerService@MosaicDX.com)

Pour toute question sur les résultats de vos examens ou les impacts sur votre santé, veuillez vous adresser à votre médecin ou conseiller de santé. Le personnel de Mosaic Diagnostics ne peut pas discuter des résultats d'examens directement avec les patients ou leurs familles.



Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_

**Symptômes** : Veuillez indiquer les symptômes que vous ressentez en remplissant les cases suivantes : **0 = aucun, 1 = légers, 2 = modérés, 3 = sévères**

Remplissez entièrement la case à l'encre noire ou bleue. Exemple :  Correct    Incorrect

**TOUTES LES PERSONNES**

<p><b>0 1 2 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Augmentation de la perte de mémoire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pensée brumeuse</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Éploré(e)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Déprimé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sautes d'humeur</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rétention de liquides/ballonnements</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stress</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anxiété</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irritabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervosité</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminution de l'acuité mentale</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue matinale</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue dans l'après-midi</p>	<p><b>0 1 2 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue le soir</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inquiétude excessive</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulté à s'endormir</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulté à rester endormi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baisse de l'endurance</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baisse de motivation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromyalgie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bourdonnement dans les oreilles</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Étourdissements</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Envies incontrôlables de sucre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Envies incontrôlables de nourriture, d'alcool, de tabac ou autres</p>	<p><b>0 1 2 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mauvais contrôle des impulsions</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportement obsessionnel (TOC)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportement addictif</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Goitre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Température corporelle froide</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enrouement</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cheveux secs ou cassants</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ongles cassants ou fragiles</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ralentissement de la fréquence du pouls</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque rapide</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Flottements/palpitations cardiaques</p>	<p><b>0 1 2 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problèmes d'infertilité</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acné</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calvitie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prise de poids - hanches</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prise de poids - taille</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Taux élevé de triglycérides</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baisse de la libido</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminution de la taille des muscles</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminution de la flexibilité</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinence</p>	<p><b>0 1 2 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensation d'épuisement</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires accrues</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Faible érection</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleurs à la nuque ou au dos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perte de la masse osseuse</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amincissement de la peau</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vieillesse rapide</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux et douleurs</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, de l'utérus ou des ovaires</p>
---	---	---	--	--

**UTILISATION D'ACIDES AMINÉS OU D'AUTRES MÉDICAMENTS**

Indiquez si vous avez pris l'un des médicaments suivants au cours de la période indiquée :

	Moins de 12 heures	12 à 36 heures	36 heures à 2 semaines
5-HTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acide gamma-aminobutyrique (GABA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glutamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histidine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phénylalanine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phénéthylamine (PEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S-adénosyl-méthionine (SAMe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Théanine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryptophane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyrosine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contenant de l'épinéphrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FEMMES UNIQUEMENT**

**0 1 2 3**

Sécheresse vaginale

Menstruations irrégulières

Fibromes utérins

Sensibilité des seins

Seins fibrokystiques

Augmentation de la pilosité faciale/corporelle

**HOMMES UNIQUEMENT**

**0 1 2 3**

Diminution du flux urinaire

Augmentation de l'envie d'uriner

Problèmes de prostate

ESPACE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

12/21

