

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Номер полиса Номер ДК СНИЛС

Дата рождения* / / Пол* м ж Вес* кг Рост* м

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

е-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приемом биоматериала.

Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии. Подпись/расшифровка / / число / месяц / год

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею.

***Обязательны для заполнения!**

Диагностика инфекционных заболеваний

Исследуемый материал – пробы выдыхаемого воздуха (– 2 пакета для сбора воздуха)

1303HEL	Helicobacter pylori, 13C-уреазный дыхательный тест A07.16.006	<input type="checkbox"/>
---------	---	--------------------------

- Операции на желудке в анамнезе (да, указать дату / нет) _____
- Эрадикация H. pylori (стандартное лечение, направленное на полное уничтожение H. pylori с использованием антибиотиков и др. лек.средств):
 более 1 года назад менее 1 года назад не проводилась
- Если эрадикация проводилась – указать используемые препараты:
 - Антимикробные:

Амоксициллин (доза и длительность) _____	Эзомепразол (Нексиум) (доза и длительность) _____
Кларитромицин (доза и длительность) _____	Пантопрозол (Контролок) (доза и длительность) _____
Тетрациклин (доза и длительность) _____	Лансопрозол (Ланцид) (доза и длительность) _____
Метронидазол (название, доза и длительность) _____	Другие (название, доза и длительность) _____
Другие (доза и длительность) _____	
 - Ингибиторы протонной помпы (ИПП):

Рабепразол (Парияет) (доза и длительность) _____	Де-Нол (доза и длительность) _____		
Рабепразол (Хайрабезол) (доза и длительность) _____	Улькавис (доза и длительность) _____		
Омепразол (Омез) (доза и длительность) _____	Другие (название, доза и длительность) _____		
Омепразол (Ультоп) (доза и длительность) _____			
Эзомепразол (Эманера) (доза и длительность) _____	г. Дополнительные: <table border="0"> <tr> <td>Хелинорм (доза и длительность) _____</td> </tr> <tr> <td>Другие (название, доза и длительность) _____</td> </tr> </table>	Хелинорм (доза и длительность) _____	Другие (название, доза и длительность) _____
Хелинорм (доза и длительность) _____			
Другие (название, доза и длительность) _____			
- Курс эрадикации завершен полностью (да/нет); если нет, указать причину (непереносимость препаратов / надоело / забыл) _____
- Использование препаратов ИПП менее 2 недель назад (да, указать название / нет, не принимались) _____
- Прием антибиотиков (по любому поводу) и препаратов висмута менее 4 недель назад (да, указать название / нет, не принимались) _____
- Прием адсорбентов менее 4 недель назад (да, указать название (сукральфат, другие) / нет, не принимались) _____
- Прием антацидов и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов менее 2 дней назад (да, указать название (маалокс, низатидин, другие) / нет, не принимались) _____