

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения* / / Пол* Вес* кг Рост* м
число месяц год м ж

СНИЛС Номер полиса Номер ДК

Тел./моб.: sms:

e-mail: Кодовое слово: Штрих-код:

<p>Диагноз:</p> <hr/> <p>Принимаемые препараты:</p>	<p>Количество заказанных продуктов:</p>
---	---

ФИО врача

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

Пробирка (и) промаркирована (ы) в моём присутствии. Подпись/расшифровка

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

/ /
число месяц год

***Обязательны для заполнения!**

Диагностика инфекционных заболеваний

ОБС255	Неинвазивная диагностика заболеваний слизистой оболочки желудка <i>гастропанель, ¹³C-уреазный дыхательный тест (¹³C-УДТ)</i>	
--------	---	--

- 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
- Симптомы повышенной кислотности (кислый привкус во рту, отрыжка, изжога, несварение желудка):
 часто нет неизвестно
- Если эрадикация проводилась указать используемые препараты:

<p>а. Антимикробные:</p> <p>Амоксициллин (доза и длительность) _____</p> <p>Кларитромицин (доза и длительность) _____</p> <p>Тетрациклин (доза и длительность) _____</p> <p>Метронидазол (название, доза и длительность) _____</p> <p>Другие (доза и длительность) _____</p> <p>б. Ингибиторы протонной помпы (ИПП):</p> <p>Рабепразол (Париет) (доза и длительность) _____</p> <p>Рабепразол (Хайрабезол) (доза и длительность) _____</p> <p>Омепразол (Омез) (доза и длительность) _____</p> <p>Омепразол (Ультоп) (доза и длительность) _____</p> <p>Эзомепразол (Эманера) (доза и длительность) _____</p>	<p>Эзомепразол (Нексиум) (доза и длительность) _____</p> <p>Пантопрозол (Контролок) (доза и длительность) _____</p> <p>Лансопрозол (Ланцид) (доза и длительность) _____</p> <p>Другие (название, доза и длительность) _____</p> <p>в. Препараты висмута:</p> <p>Де-Нол (доза и длительность) _____</p> <p>Улькавис (доза и длительность) _____</p> <p>Другие (название, доза и длительность) _____</p> <p>г. Дополнительные:</p> <p>Хелинорм (доза и длительность) _____</p> <p>Другие (название, доза и длительность) _____</p>
---	--
- 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) _____

Специальные обозначения При наличии центрифуги все пробирки с гелем должны быть отцентрифугированы перед отправкой в лабораторию.

- | | |
|---|---|
| 030 — номер контейнера | — заморозить (-17...-23°C) в вертикальном положении |
| — центрифугировать 10 мин. 2000g | — пакет для сбора воздуха |
| — материал перелить в сухую чистую пробирку | — пробирка с сиреневой крышкой |