

**Заполнять только печатными буквами!**

Заказчик

Пациент

Номер полиса  Номер ДК

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

Тел./моб.:  sms:  Штрих-код:

e-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.

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

Подпись/расшифровка

/  /   
число / месяц / год

**\*Обязательны для заполнения!**

## Диагностика инфекционных заболеваний

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

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

1. Операции на желудке в анамнезе (да, указать дату / нет) \_\_\_\_\_

2. 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

3. Если эрадикация проводилась – указать используемые препараты:

а. 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) \_\_\_\_\_

в. Препараты висмута:

Де-Нол (доза и длительность) \_\_\_\_\_

б. Ингибиторы протонной помпы (ИПП):

Рабепразол (Парият) (доза и длительность) \_\_\_\_\_

Улькавис (доза и длительность) \_\_\_\_\_

Рабепразол (Хайрабезол) (доза и длительность) \_\_\_\_\_

Другие (название, доза и длительность) \_\_\_\_\_

Омепразол (Омез) (доза и длительность) \_\_\_\_\_

г. Дополнительные:

Омепразол (Ультоп) (доза и длительность) \_\_\_\_\_

Хелинорм (доза и длительность) \_\_\_\_\_

Эзомепразол (Эманера) (доза и длительность) \_\_\_\_\_

Другие (название, доза и длительность) \_\_\_\_\_

4. Курс эрадикации завершен полностью (да/нет); если нет, указать причину (непереносимость препаратов / надоело / забыл) \_\_\_\_\_

5. Использование препаратов ИПП менее 2 недель назад (да, указать название / нет, не принимались) \_\_\_\_\_

6. Прием антибиотиков (по любому поводу) и препаратов висмута менее 4 недель назад (да, указать название / нет, не принимались) \_\_\_\_\_

7. Прием адсорбентов менее 4 недель назад (да, указать название (сукральфат, другие) / нет, не принимались) \_\_\_\_\_

8. Прием антацидов и блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов менее 2 дней назад (да, указать название (маалокс, низатидин, другие) / нет, не принимались) \_\_\_\_\_