

Наименование направляющего учреждения				Код направляющего учреждения			
Фамилия пациента				Имя пациента			
Отчество пациента				Пол пациента		Дата рождения пациента	
				<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		ДД - ММ - ГГГГ	
Контактный телефон пациента <input type="checkbox"/> ; врача <input type="checkbox"/>		Беременность		Срок беременности		День цикла	
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		_____ Недель		_____ лет	
Диагноз				Дата взятия образца			
				ДД - ММ - 202Г			
Фамилия врача				И.О. врача		Код пациента	

**Дополнительные данные о пациенте:**

Регион постоянного проживания

\_\_\_\_\_

Образование  Среднее  Среднее специальное  Высшее  Нет данных

Количество совместно проживающих человек \_\_\_\_\_ Горячее водоснабжение  Да  Нет

Центральная канализация  Да  Нет

Кровные родственники, больные раком желудка  Да  Нет

Вид диагностики  Первичная  Контроль эффективности лечения

первичный тест  повторный тест

Курс терапии:  первичный  повторный

Контроль лечения:  первичный контроль  повторный контроль

Дата первичного теста \_\_\_\_\_

Полный курс терапии  Да  Нет

Дата окончания терапии \_\_\_\_\_

Дата первичного контроля \_\_\_\_\_

**Выберите наименование принимаемого препарата (указать при первичном контроле)**

**Ингибиторы протонной помпы:**

Дексилант  Контралог  Лансопризол  Лосек  Нексиум  Нольпаза  Омез  Омепразол  Пантопризол  
 Панум  Париет  Рабелок  Рабепразол  Разо  Ультоп  Хайрабезол  Эманера  не принимал

**Антибиотики:**

Амоксициллин  Вильпрофен-солютаб  Джозамицин  Кларитромицин  Клацид  Левофлоксацин  
 Метронидазол  Тетрациклин  Трихопол  Флемоксин-солютаб  не принимал

**Препараты висмута:**

Де-нол  Новобисмол  Улькавис  не принимал

**Пробиотики:**

Линекс форте  Хелинорм  Энтерол  не принимал

**Ребамипид:**

Ребагит

не принимал

Пакет для уреазного дыхательного теста, 2 шт.  ШТРИХКОД ПРОБЫ _____	<b>Исследование выдыхаемого воздуха НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА</b>	приоритет обычный	ВЫДЫХАЕМЫЙ ВОЗДУХ
	<input checked="" type="checkbox"/> 049002 Helicobacter pylori, <sup>13</sup> C-уреазный дыхательный тест		
<p><b>ВНИМАНИЕ!</b> Для выполнения услуги 049002 обязательно присутствие двух проб выдыхаемого воздуха, каждая проба должна быть промаркирована одинаковым штрихкодом (дважды распечатать штрихкод с одним номером).</p>			

**Последовательность проведения теста:**

1. Выпить 100-200 мл сока, принесенного с собой (апельсиновый, грейпфрутовый).\*
2. Через 5-10 мин. после приема сока выдохнуть в пакет с наклейкой синего цвета (базовая проба). Выдох должен быть полный, без усиленного вдоха. Сразу герметично закрыть пакет!
3. Осторожно открыть флакон с реагентом (<sup>13</sup>C-Мочевина (99%), 50 мг) и налить в него воду комнатной температуры (дистиллированную, питьевую негазированную) в объеме 50 мл.
4. Содержимое флакона с полностью растворенным реагентом выпить в течение 5 мин. после приготовления.
5. После приема раствора находиться в спокойном состоянии (сидя) в течение 30 мин.
6. Строго через 30 мин. после приема раствора выдохнуть воздух в пакет с наклейкой красного цвета (диагностическая проба). Выдох должен быть полный, без усиленного вдоха. Сразу герметично закрыть пакет!
7. Герметично закрытые пакеты с пробами воздуха упаковать в один zip-пакет и отправить в лабораторию. Хранение при t = +17 +25°C в течение 48 часов (более длительный срок хранения необходимо согласовать с лабораторией). Транспортировка образцов с пробами при t = -50 +40 °C.

\* при наличии аллергической реакции на цитрусовые можно использовать яблочный сок (предпочтительно из зеленых яблок).