



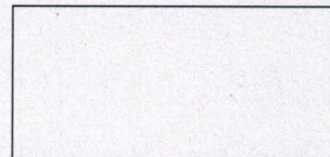
МОБИЛ МЕДИКАЛ ЛАБ

ФИО: _____

Номер штрих-кода:

Дата рождения: _____

Дата взятия: _____



Анкета для проведения 13С- уреазного дыхательного теста, *Helicobacter pylori*

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

(доза и длительность приема):

Амоксициллин _____

Кларитромицин _____

Тетрациклин _____

Метронидазол _____

Эзомепразол _____

Пантопразол _____

Лансопразол _____

Другие (название) _____

Б. Ингибиторы протонной помпы (ИПП)

(доза и длительность приема):

Рабепразол (Париет) _____

Рабепразол (Хайрабездол) _____

Омепразол (Омез) _____

Омепразол (Ультоп) _____

Эзомепразол (Эманера) _____

Другие (название) _____

В. Препараты висмута

(доза и длительность приема):

Де-Нол _____

Улькавис _____

Другие (название) _____

Г. Дополнительные

(доза и длительность приема):

Хелинорм _____

Другие (название) _____

4. Курс эрадикации завершен полностью (да/нет); если нет, указать причину (непереносимость препарата/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 H₂-гистаминовых рецепторов менее 2 дней назад (да, указать название (маалокс, низатидин, другие) /нет, не принимались) _____