

NORME DI PREPARAZIONE

BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO.

SEGUIRE LA PREPARAZIONE SPECIFICA ALL'ESAME QUI DI SEGUITO RIPORTATA

MODALITA' di PREPARAZIONE

A COSA SERVE

Il test è indicato per valutare la presenza di Helicobacter Pylori (HP) nella mucosa gastrica.

AVVERTENZE

Per garantire una adeguata accuratezza del test è indispensabile seguire le istruzioni sotto elencate:

- ✓ Nelle ultime 4 settimane non devono essere stati assunti antibiotici e inibitori della pompa protonica (PPI)
- ✓ Nella settimana precedente all'esame non devono essere assunti gastroprotettori

PREPARAZIONE ALL'ESAME

Il giorno antecedente l'esame è necessario seguire la dieta elencata:

COLAZIONE: caffè d'orzo, the, biscotti secchi o pane tostato

PRANZO: riso o pasta conditi con olio o parmigiano reggiano

POMERIGGIO: caffè d'orzo, the, biscotti secchi o pane tostato

CENA: carne bianca (pollo, coniglio o tacchino), pesce, riso condito con olio

- ✓ La mattina dell'esame bisogna rispettare il digiuno; 2 ore prima dell'esame si può bere solo acqua minerale non gassata
- ✓ Non lavarsi i denti
- ✓ Se è un fumatore dovrà astenersi dal fumo almeno dalla sera prima

FARMACO UTILIZZATO

13 UBT KIT (Richen Cortex Europe) 75 mg

COME FUNZIONA

Il test si basa sulla somministrazione per via orale di 75 mg polvere solubile disciolta in acqua con aggiunta di acido citrico predosato (1,4 g) contenuta nel kit.

Durante l'esecuzione dell'esame non possono essere consumati cibi, fumare, o eseguire attività fisica. Si potrà riprendere l'alimentazione e le normali attività solo al termine dell'esame.



ATTENZIONE!

In caso di preparazione non scrupolosamente eseguita, il personale sanitario si riserverà di decidere sull'esecuzione o meno dello stesso.

Qualora il paziente fosse impossibilitato a sottoporsi all'esame è tenuto a darne comunicazione almeno 48 ore prima della data prevista al seguente numero telefonico: 0331 476210.



GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti

COGNOME e NOME

DATA e LUOGO di NASCITA

Gentile paziente,

Le chiediamo di compilare il presente documento che dovrà essere riportato il giorno previsto per l'esecuzione dell'esame e consegnare al personale del servizio di Endoscopia.

QUESTIONARIO**1) Soffre di reflusso?**

- SI
- NO

2) Ha presentato cardiopalmo dopo i pasti o la sera quando va a dormire?

- SI
- NO

3) Digerisce bene?

- SI
- NO

4) Ha presentato bruciore gastrico?

- SI
- NO

5) Presenta bruciore se assume cibi acidi come il pomodoro o gli agrumi?

- SI
- NO

6) Ha mai avuto tosse stizzosa negli ultimi 6 mesi?

- SI
- NO

7) Presenta una sensazione di nodo alla gola?

- SI
- NO

8) Chi le ha consigliato l'esecuzione di questo test?

.....

9) Ha mai eseguito una gastroscopia (tradizionale o transnasale)?

- NO
- SI

Se sì, quando?.....

10) Le è stato richiesto il test per il controllo dopo eradicazione?

- SI
- NO

11) Quando ha sospeso PPI (o inibitori della pompa protonica – es. pantoprazolo/esomeprazolo/lansoprazolo/omeprazolo) e/o antibiotici)

.....

Data/...../.....

Firma Medico per presa visione.....