



Warszawa, dnia (d/m/r):

**Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej
Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej**

0000000 18625-45-451-7120

tel.: 22 815-72-65 (Rejestracja), tel. wew. 72-68, 72-69, 72-72 (Pracownia) mail: diagnostyka.mikrobiologia@ipczd.pl

Zlecenie na badanie w kierunku hodowli pączek *Helicobacter pylori*

Informacje o pacjencie

Imię i nazwisko:		Płeć:	
PESEL(*):		Data urodzenia:	
Adres zamieszkania Telefon kontaktowy			
W przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażania zgody – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego zamieszkania.			
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:		Data, godzina pobrania:	
Dane gabinetu lekarskiego (adres, nr tel.):			

Rodzaj materiału:

- Wycinek (bioptat) pobrany w trakcie gastroscopii

Uwagi dotyczące rodzaju materiału (liczba wycinków)	
Wynik testu ureazowego (jeśli wykonany)	
Wynik badania antygenu <i>H. pylori</i> w kale (jeśli wykonany)	
Wynik testu oddechowego (jeśli wykonany)	
Wyniki innych badań w kierunku <i>H. pylori</i> (jeśli wykonane)	

Kierunek badania:

- w kierunku hodowli *Helicobacter pylori* (bioptat)

Istotne dane kliniczne/Wskazania do badania:

<input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	<input type="checkbox"/> Długotrwałe leczenie inhibitorami pompy protonowej (IPP)	
<input type="checkbox"/> Chłoniak żołądka typu MALT	<input type="checkbox"/> Niewyjaśniona niedokrwistość z niedoboru żelaza, wit. B12.	
<input type="checkbox"/> Zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka	<input type="checkbox"/> Krewni pierwszego stopnia osób z rakiem żołądka.	
<input type="checkbox"/> Dyspepsja (przewlekły lub nawracający ból brzucha)	<input type="checkbox"/> Na życzenie pacjenta lub inne	
<input type="checkbox"/> przed leczeniem	<input type="checkbox"/> w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/> po leczeniu

Podawane antybiotyki (jakie?/od kiedy?):	
Miejsce przesłania wyniku i/lub osoba upoważniona do odbioru wyniku:	
Data, godz. przyjęcia materiału: /wypełnia L/ZMK/	Kod (nr) badania: /wypełnia L/ZMK/
Uwagi laboratorium do materiału:	

(*) - w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwę i nr i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia;