

## Test respiratoire à l'urée marquée au <sup>13</sup>C

Diagnostic et contrôle de l'éradication de l'infection à Helicobacter pylori

**Feuille à remplir par le prescripteur (HELIKIT ou Helicobacter Test INFAI®)**

Patient (à compléter ou coller une étiquette)

Prescripteur (joindre l'ordonnance)

Nom

Prénom

Nom marital

né(e) le

**Contexte clinique** (cocher)

Diagnostique

Contrôle éradication

Autre, à préciser :

**Conditions de prélèvement** (à respecter impérativement)

*A remplir par le préleveur*

**A jeun (10-12h)**

**Non fumeur**     **Fumeur**, dernière cigarette le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_ h\_\_\_

**Expiration complète dans les tubes de prélèvement (surface intérieure du tube embuée)**

*A remplir par le prescripteur*

**Arrêt traitement antibiotique** (>4 semaines)

**Arrêt traitement IPP** (>2 semaines)

Nature :

Nature :

Arrêt le :

Arrêt le :

Pour tout renseignement : Stéphane LASTERE 40485968

V3.0 (01022011)

## Test respiratoire à l'urée marquée au <sup>13</sup>C

Diagnostic et contrôle de l'éradication de l'infection à Helicobacter pylori

**Feuille à remplir par le prescripteur (HELIKIT ou Helicobacter Test INFAI®)**

Patient (à compléter ou coller une étiquette)

Prescripteur (joindre l'ordonnance)

Nom

Prénom

Nom marital

né(e) le

**Contexte clinique** (case à cocher)

Diagnostique

Contrôle éradication

Autre, à préciser :

**Conditions de prélèvement** (à respecter impérativement)

*A remplir par le préleveur*

**A jeun (10-12h)**

**Non fumeur**     **Fumeur**, dernière cigarette le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_ h\_\_\_

**Expiration complète dans les tubes de prélèvement (surface intérieure du tube embuée)**

*A remplir par le prescripteur*

**Arrêt traitement antibiotique** (>4 semaines)

**Arrêt traitement IPP** (>2 semaines)

Nature :

Nature :

Arrêt le :

Arrêt le :

Pour tout renseignement : Stéphane LASTERE 40485968

V3.0 (01022011)