

GASTROPANEL

SCHEDA ANAMNESTICA

DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____ Nome: _____ M F

Data di nascita: _____

PATOLOGIA PREGRESSA

Test H.pylori effettuato No Sì Data: / / Esito POS NEG

Tipologia di test effettuato per la diagnosi _____

Terapia eradicante H.pylori No Sì Data: / / Farmaci _____

PATOLOGIA IN ATTO

Sintomi acido-correlati No Occasionale Continuativo

FARMACI ASSUNTI DI RECENTE (Ultimi 30 giorni)

PPI (Inibitori Pompa Protonica) No Occasionale Continuativo

Omeprazem/Omeprazolo _____

Lansox/Limpidex _____

Pantorc/Pantopan/Peptazol _____

Pariet _____

Nexium/Esopral/Lucen/Axagon _____

Ranidil/Zantac _____

Tagamet _____

Nizax _____

Gastridin _____

Neo-H2 _____

Antinfiammatori No Occasionale Continuativo

Altro _____

Data _____ Firma _____

GASTROPANEL

Preparazione del paziente all'esecuzione dell'esame

Il paziente non dovrà bere, mangiare o fumare **per almeno 4 ore (oppure per 10 ore equivalente al digiuno notturno)** prima della raccolta del campione. Il paziente può assumere i farmaci regolarmente prescritti, tranne i seguenti medicinali:

- Una settimana prima della raccolta del campione:** ranitidina (Esophex , Dentro Brus , Ranicur, Ranil, Ranimex, Ranitidin, ranitidina, Ranixal, Zantac), famotidina (Famotidin , Pepcid , Pepcidin , Pepcid Duo) , nizidine (Nizax), inibitori della pompa protonica quali lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo, esomeprazolo, rabeprazolo ecc (Lansoprazolo, Lansoprazolo, Lanzo, Zolt, Losec, Omeprazolo, Nexium, Pariet, Somac, Gasterix, Pantoloc, Giasemin, Panzor) .
- Un giorno prima della raccolta del campione:** farmaci che neutralizzano la secrezione acida gastrica quali antiacidi (Balancid Novum, Gaviscon, Link, Latte di magnesio, Novaluzid, Rennie) ed i protettori della mucosa gastrica (Alsucral, Antepsin).

Il paziente deve, **sempre, consultare il proprio medico** riguardo all'interruzione dei farmaci. Nel caso in cui l'assunzione dei farmaci non possa essere sospesa, **il paziente deve informare la persona che sta eseguendo il prelievo sulla tipologia dei medicinali assunti.**

Data _____

Firma del medico

Firma del paziente