

УВАЖАЕМЫЕ КЛИЕНТЫ!

ДЛЯ КОРРЕКТНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТА АНАЛИЗА ГАСТРОПАНЕЛЬ®/GASTROPANEL®, ПРОСИМ ВАС ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ:

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения - -

3. Возраст: _____

Вопрос	Варианты ответов
4. Проводилось ли медикаментозное лечение, направленное на устранение H. Pylori (эрадикационная терапия)?	<input type="checkbox"/> да, больше года назад <input type="checkbox"/> да, меньше года назад <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно
5. Принимаете ли Вы препараты, снижающие кислотность желудочного сока (ингибиторы протонной помпы): омепразол, эзомепразол, пантопрозол, рабепразол, лансопразол, декслансопразол и др.?	<input type="checkbox"/> не известно <input type="checkbox"/> да, постоянно <input type="checkbox"/> да, иногда <input type="checkbox"/> нет
6. Был ли у Вас перерыв в приеме препаратов из группы ингибиторов протонной помпы?	<input type="checkbox"/> суток: _____ <input type="checkbox"/> нет перерыва <input type="checkbox"/> не принимаю
7. Испытываете ли Вы симптомы, связанные с повышенной кислотностью желудочного сока: изжога, отрыжка с кислым или горьким привкусом, боль/жжение в области желудка, тошнота, чувство тяжести и переполнения в желудке после еды?	<input type="checkbox"/> не известно <input type="checkbox"/> да, постоянно <input type="checkbox"/> нет
8. Принимаете ли Вы нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), например: аспирин, ибупрофен, диклофенак и др.?	<input type="checkbox"/> не известно <input type="checkbox"/> да, постоянно <input type="checkbox"/> нет