

تاریخ مراجعه : / / شماره بیمار : نام بیمار : سن :
 تاریخ انجام آزمایش : / / نام پزشک : تلفن :
 مدت زمان شروع ناراحتی : ارسالی از :
 سابقه درمان :

سابقه و زمان انجام UBT قبلی :

جواب آزمایش سرولوژی :

جواب آندوسکوپی :

جواب آزمایش پاتولوژی :

رعایت 6 ساعت زمان ناشتایی :

رعایت عدم مصرف آنتی بیوتیک یا بیسموت به مدت 4 هفته :

رعایت عدم مصرف داروهای Proton pump inhibitor & H2-receptor به مدت یک هفته :

Chief complain: Epigastric pain Reflux Fullness Bloating Halitosis

Present illness: Epigastric pain Reflux Fullness Bloating
 Halitosis Noasea Vomiting Diarrhea Constipation

Past history: GI bleeding Peptic ulcer Reflux

Drug history: Previous therapy for H.pylori Time :

Family history: GI bleeding Gastric cancer Peptic ulcer Dyspepsia

UBT result :

d :

Sign :

دستورالعمل ثبت اطلاعات UBT

* نام بیمار ، سن ، نام پزشک ، تلفن و تاریخ مراجعه را بطور کامل و خوانا تکمیل کنید.

* مدت زمان شروع ناراحتی : شرح دهید از چه تاریخی علائم بیماری را مشاهده کردید.

* اگر قبلاً سابقه درمان داشته اید ، آن را توضیح دهید.

* سابقه و زمان انجام UBT قبلی : اگر قبلاً آزمایش UBT انجام داده اید ذکر شود.

* در صورتیکه قبلاً آزمایش سرولوژی یا آندوسکوپی یا پاتولوژی انجام داده اید نتیجه

آزمایش را قید فرمائید.

* لازم است قبل از انجام آزمایش UBT 6 ساعت ناشتا باشید و برخی داروها را که ذکر شده

مصرف نکرده باشید ، در فرم در صورتی که شرایط را رعایت کرده اید ذکر کنید.

* در صورتی که هر کدام از علائم بیماریهای گوارشی مانند رفلکس ، اسهال و.... دارا

هستید و یا سابقه بیماری گوارشی در اقوام شما وجود دارد ، در مقابل گزینه مناسب

علامت بزنید.