

**INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ**

Bulevar dr Zorana Đinđića 50

18 000 Niš, Srbija

Tel. 018/4226-448, 4226-384 Telefax 018/4225-974

www.izjz-nis.org.rs

**Referentna laboratorija za
kampilobakter i helikobakter**

Tel. 018 4226-448, 4226-384 lok. 179

e-mail: mikrobiologija@izjz-nis.org.rs

Uput za slanje seruma za ispitivanje antitela na *H. pylori*

Laboratorijski broj RL:

PODACI O
POŠILJAOCU

Naziv ustanove _____

Adresa, Opština _____

Telefon ustanove _____

Identifikacioni broj uzorka _____

PODACI O
PACIJENTU

Ime: _____ Prezime: _____ Datum rođenja: ___/___/___

JMBG: LBO: Broj knjižice: Pol: m žPacijent: bolnički vanbolnički

Telefon: _____

PODACI O
UZORKU

Datum uzorkovanja ___/___/___

Datum slanja u Referentnu aboratoriju ___/___/___

Endoskopski nalaz:

 uredan antralna hiperemija ulkus duodenuma ulkus želuca drugo: specificirati _____pozitivan ureaza test Da NeKLINIČKI I EPIDEMIOLOŠKI
PODACI Rutinsko ispitivanje Stomačne tegobe kontrola drugo: specificirati _____porodična anamneza Ne Da: specificirati _____Simptomi: bol u abdomenu epigastrični bol periumbilikalni abdominalni bol nelokalizovani abdominalni bol povraćanje nauzea halitus gorušica nadimanje trbuha drugo: specificirati _____

Trajanje simptoma (meseći): _____

Primena antibiotika u poslednje 4 nedelje

 Ne Da: specificovati _____

Primena antacida u poslednje 2 nedelje

 Ne Da: specificovati _____

Postojanje drugog oboljenja digestivnog trakta i jetre

 Ne Da: specificovati _____

Uput popunio: _____

datum: ___/___/___

Napomena: odgovarajući kvadratić obeležiti X

Za sve potrebne informacije možete kontaktirati Referentnu laboratoriju