BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)

Questa istruzione illustra le modalità da seguire per l'esecuzione dell'esame:

- BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) (codice SISS 0144192)

Etichetta identificativa

applicata a cura del Centro Prelievi

PREPARAZIONE E LIMITAZIONI ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Il test non può essere eseguito dai pazienti:

- con gastrite atrofica,
- con accertata o sospetta infezione gastrica sostenuta da agenti patogeni diversi da *Helicobacter pylori*, perché potrebbero interferire con il test.

Nel caso di pazienti con sospetta infezione acuta o per primo riscontro della presenza di *Helicobacter pylori* deve essere stata sospesa da almeno 24 ore anche l'assunzione di farmaci inibitori della secrezione acida o pro cinetici o antiacidi o gastroprotettori (vedere esempi nell'elenco alla pagina successiva).

I pazienti che devono eseguire una valutazione dell'eradicazione dell'infezione dopo la terapia anti *Helicobacter pylori* devono:

- aver terminato o sospeso la loro assunzione da almeno 4 settimane;
- sospeso da almeno 15 giorni l'assunzione di farmaci inibitori della secrezione acida o pro cinetici o antiacidi o gastroprotettori (vedere esempi nell'elenco alla pagina successiva).

Nota bene: si consiglia di eseguire il test almeno due mesi dopo il termine della terapia eradicante.

In tutti i casi il paziente deve essere in condizioni di riposo, inoltre deve essere digiuno e non aver fumato e/o bevuto acqua gassata da almeno 6 ore.

Non vi sono controindicazioni per l'esecuzione del test in età pediatrica, in gravidanza, durante l'allattamento o l'assunzione di antibiotici per infezioni diverse da *Helicobacter pylori.*

PRENOTAZIONE

L'esame si esegue:

- presso il Centro Prelievi (ingresso 38) dell'Ospedale Papa Giovanni XXII di Bergamo, previa prenotazione al sito https:\\asstpg23.zerocoda.it;
- presso il Punto Prelievi dell'Ospedale di San Giovanni Bianco, previa prenotazione al sito https:\\asstpg23.zerocoda.it.

Potranno essere eseguiti insieme eventuali esami ematici e/o consegnati campioni raccolti a cura del paziente.
Questo modulo è scaricabile dal sito dell'ASST: *https://www.asst-pg23.it/modulistica/centro-prelievi-istruzioni-consensi* oppure ritirarne una copia presso il Centro/Punto Prelievi.

COSA FARE IL GIORNO DELL'ESAME

- **presentarsi al Centro/Punto Prelievi 5 minuti prima dell'orario dell'appuntamento, con la copia cartacea della ricetta e il modulo compilato e firmato** e attendere il proprio turno in sala d'attesa.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TEST

L'esame viene eseguito con le seguenti modalità:

- verifica da parte dell'Infermiera del rispetto delle regole e limitazioni indicate nel paragrafo della preparazione;
- il paziente deve espirare normalmente l'aria nelle due provette consegnate;
- sarà quindi fatto bere un flaconcino di liquido (diluito con acqua fino a circa 50 mL) contenente ^{13}C-urea e acido citrico (succo di limone). L'^{13}C-urea è un composto innocuo nelle normali condizioni d'uso;
- il paziente dovrà stazionare presso il Centro Prelievi per 30 minuti, senza bere né mangiare né fumare; al termine del periodo dovrà ripetere l'espirazione dell'aria in altre due provette.

Elenco (parziale) dei farmaci (**Nomi commerciali** (in ordine alfabetico, fonte: Banca Dati AIFA – 05/2023):

ABIGERD	ESOPIR	MAGNESIA EFF. SELLA	RANIBEN
ACIDRINE	ESOPRAL	MAGNESIA S. PELLEGRINO	RANIBLOC
ALCALOSIO	ESPEYEN	MAGRALIBI	RANIDEX
ALLUMINIO IDROS MAG	ETIDEME	MARICRIO	RANIDL
ALSIDOL	EUGASTRAN	MEPRAL	RANITIDINA
ANACIDOL	EUGASTROL REFLUSSO	MERANKOL	RANIX
ANADIR	EZORAN	METOCLOPRAMIDE	RANIZAC
ANAFEN	FAMODIL	MIGPRIV	RASTENDA
ANTEPSIN	FAMOTIDINA	MISODEX	RAXAR
ANTRA	FOSFALUGEL	MOTIAX	RENNIE
APPRYO	FRILANS	MOTILIUM	RIGES
ARGOPRO	GADRAL	NANSEN	RIOPAN
ARILIAR	GASTRALGIN	NEOH2	ROXIT
ARPEZOL	GASTRES	NEUTROLAC	SEDIPANTO
AXAGON	GASTRIDIN	NEUTROSE SAN PELLEGR	SODIO BICARBONATO
BEPAMEDIN	GASTROGEL	NEXIUM	SOMAC CONTROL
BIOMAG	GASTROLOC	NIZAX	SUCRAL
BUSCOPAN ANTIACIDO	GAVISCON	NOLPAZA	SUCRALFATO
BUSCOPAN REFLUSSO	GEFFER	NULERON	SUCRALFIN
CHAMPIONYL	GIPSY	OBEGON	SUCRAMAL
CIMETIDINA	GLADEXA	OMEPRAZEN	SUCRATE
CITOGEL	GONDEA	OMEPRAZOLO	SUGAR
CITROSODINA	IBIMEZOLO	OMOLIN	SUGAST
CLETUS	ISAPRANDIL ANTIACIDO	OMOQIS	SURIL
CLOPAN	KOMEZOL	ONNUA	TAGAMET
COLLEZOES	KROVANEG	PANCLEUS	TANZOLAN
CONTROLOC CONTROL	KRUXAGON	PANTECTA	TEMIC
CRAFILM	LANSODOR	PANTOFIR	TECNOZOL
CRONIZAT	LANSOPRAZOLO	PANTOFLUX	TECTIAM
CUVEVA	LANSOX	PANTOLOC CONTROL	TRIGGER
CYTOTEC	LARPEM	PANTOMAC	ULCEDIN
DENOL	LEVAIR	PANTOPAN	ULCEX
DEXLANSOPRAZOLO	LEVIDOMED	PANTOPRAZOLO	ULCEZOL
DIGESTIVO ANTONETTO	LEVOBREN	PANTORC	ULCRAST
DOBREN	LEVOGENIX	PANTOREX	ULIS
DOLILUX	LEVOPRAID	PANTOZOL CONTROL	ULKOBRIN
DOMPERIDONE	LIMPIDEX	PARIET	XANTRAZOL
DOSANLOC	LIMNOS	PAZOROL	XOOLAM REFLUSSO
DUORAN	LIVIN	PEPTAZOL	ZANTAC
EGAPAL	LOMEVEL	PEPTIREX	ZAPROL

ELICODIL	LOPRILIN	PERGASTID	ZOLANTRAC
EQUILID	LOSEC	PERIDON	ZOLEMER REFLUSSO
ERMES	LUCEN	PLASIL	ZOLIUM
ESCUDO	LUXAMIDE	PRAZOFIX	ZOLONIB
ESODOR	MAALOX	PRINZOL	ZOTON
ESOMEFLUX	MAALOX NAUSEA	PROTEC	
ESOMENAR	MAGALTOP	PYLORID	
ESOMEPRAZOLO	MAGNESIA BISURATA AR	PUFRITEX	

Principio attivo (in ordine alfabetico)		
ACIDO TARTARICO	ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	METOCLOPRAMIDE
ALGELDRATO	FAMOTIDINA	NIZATIDINA
ALLUMINIO FOSFATO	FAMOTIDINA	OMEPRAZOLO
ALLUMINIO GLICINATO	GALATTANO SOLFATO	PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIDRATO
ALLUMINIO IDROSSIDO	LANSOPRAZOLO	POTASSIO CITRATO/PIRIDOSSINA
BETANECOLO	LESULPIRIDE	PROMETAZINA
BISKALAMMONIO CITRATO	MAGALDRATO	RABEPRAZOLO SODICO
CALCIO CARBONATO	MAGNESIO CARBONATO BASICO	RANITIDINA CLORIDRATO
CALCIO PANTOTENATO	MAGNESIO IDROSSIDO	ROXATIDINA ACETATO CLORIDRATO
CAOLINO/CAOLINO PESANTE	MAGNESIO OSSIDO LEGGERO	SODIO ALGINATO/SODIO BICARBONATO
CIMETIDINA	MAGNESIO POLIGALATTURONATO	SODIO BICARBONATO
DEXPANTENOLO	MAGNESIO TRISILICATO	SODIO BICARBONATO/ACIDO CITRICO
DICICLOVERINA	MIRTECAINA	SODIO LAURIL SOLFATO
DIMETICONE	MISOPROSTOLO	SUCRALFATO
DOMPERIDONE	METILCELLULOSA	SULPIRIDE

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di aver preso visione delle informazioni e in particolare di:
- non essere affetto/a da gastrite atrofica,
- non essere a conoscenza di un'accertata o sospetta infezione gastrica sostenuta da agenti patogeni diversi da *Helicobacter pylori*;

non essere **mai stato sottoposto a terapia** con farmaci antibiotici anti *Helicobacter pylori* e di aver **sospeso** da almeno 24 ore l'assunzione di **farmaci inibitori della secrezione acida o pro cinetici**	[ ]
essere stato **sottoposto a terapia** con farmaci antibiotici anti *Helicobacter pylori* e di aver **sospeso la loro assunzione da almeno 4 settimane** e di aver sospeso da almeno 15 giorni l'assunzione di eventuali farmaci inibitori della secrezione acida o pro cinetici	[ ]

Barrare una delle due opzioni. ATTENZIONE: se non è possibile barrare nessuna delle due opzioni il test non può essere eseguito, perché non sono stati rispettati i criteri previsti.

Data _____ Firma del paziente: _____

Sigla dell'Operatore che ha ricevuto le informazioni: _____

Riservato Centro/Punto Prelievi:
Urea C13 somministrata alle ore ___:___ _____ *(Sigla Operatore)*
2^ raccolta aria alle ore ___:___ _____ *(Sigla Operatore)*