

## TEST DI FUNZIONE GASTRICA

(scheda da CONSEGNARE obbligatoriamente al momento della richiesta del test in allegato alla prescrizione del Medico Richiedente)

COGNOME: _____		NOME _____		Tel. _____	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		data nascita: ____ / ____ / ____		Peso: _____ Kg ; Altezza: _____ cm	
Alimentazione					
Pane, pasta riso, cereali <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Frutta Verdura <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Latte e Derivati <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Olio e grassi <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Carne, pesce Uova, <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Legumi <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcol: quantità (bicchieri/die)*		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 4
Alcol: frequenza		<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> meno di 1 volta al mese	<input type="checkbox"/> 2-4 volte al mese	<input type="checkbox"/> 2-3 volte a settimana
*Un bicchiere corrisponde a : <input type="checkbox"/> birra=330 ml, <input type="checkbox"/> Vino=125 ml, <input type="checkbox"/> Aperitivo=80 ml, <input type="checkbox"/> Superalcolico=40 ml)					
Fumo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Ex-fumatore da anni _____ <input type="checkbox"/> fumatore n° sigarette/die _____					

### Motivazione alla richiesta dell'esame

Familiarità per: <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Neoplasia gastrica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Mal. Autoimmuni sistemiche (ARRe, SS, Sclerodermia....)		Anno di diagnosi _____	
<input type="checkbox"/> celiachia <input type="checkbox"/> diabete mellito tipo I <input type="checkbox"/> vitiligine		Anno di diagnosi _____	
<input type="checkbox"/> Tiroidite autoimmune :		Anno di diagnosi _____	
<input type="checkbox"/> Controllo dopo riscontro di positività <input type="checkbox"/> Anticorpi anti cellule parietali gastriche <input type="checkbox"/> anemia micro/macrocitica			
<b>Controllo di :</b> <input type="checkbox"/> Gastrite atrofica corpo Anno di diagnosi _____ Acetium <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Gastrite atrofica antro Anno di diagnosi _____			
<input type="checkbox"/> Verifica terapia con PPI			

Patologia Progressa		EGDS pregresse: <input type="checkbox"/> SI: Anno/i _____ <input type="checkbox"/> No	
Diagnosi: <input type="checkbox"/> Non lesioni <input type="checkbox"/> Ernia jatale <input type="checkbox"/> Esofagite <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Ulcera peptica <input type="checkbox"/> Bulboduodenite			
H. pylori infezione : <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non noto			
Tipologia del test effettuato per la diagnosi di H pylori:			
<input type="checkbox"/> Es. istologico: <input type="checkbox"/> C-Urea Breath Test <input type="checkbox"/> HpSa (feci) <input type="checkbox"/> Ac anti H pylori			
Ha eseguito terapia eradicante H pylori: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non nota			
<input type="checkbox"/> SI <1 anno <input type="checkbox"/> SI >1 anno (specificare anno _____)			
Negativizzazione dopo terapia eradicante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non nota			

Sintomi acido-correlati (*):	<input type="checkbox"/> Si continui	<input type="checkbox"/> Occasionali	<input type="checkbox"/> No
------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

Segnare i 4 sintomi prevalenti (presenti nell'ultimo mese):				
*Sindrome dolorosa	*Sintomi da reflusso	Maldigestione	*Sintomi ORL	*Sintomi cardiaci
1. <input type="checkbox"/> Dolore epigastrico	4. <input type="checkbox"/> Piroisi	10. <input type="checkbox"/> Gonfiore	16. <input type="checkbox"/> Faringite	21. <input type="checkbox"/> Dolore Toracico
2. <input type="checkbox"/> Dolore Addominale	5. <input type="checkbox"/> Rigurgiti Acidi	11. <input type="checkbox"/> Meteorismo	17. <input type="checkbox"/> Glossite	22. <input type="checkbox"/> Tachicardia
3. <input type="checkbox"/> Dolore da fame	6. <input type="checkbox"/> Singhiozzo	12. <input type="checkbox"/> Nausea	18. <input type="checkbox"/> Laringite Cronica	23. <input type="checkbox"/> Extrasistoli
	7. <input type="checkbox"/> Eruttazioni	13. <input type="checkbox"/> Aerofagia	19. <input type="checkbox"/> Raucedine	24. <input type="checkbox"/> Dispnea
	8. <input type="checkbox"/> Scialorrea	14. <input type="checkbox"/> Brontolii	20. <input type="checkbox"/> Tosse	
	9. <input type="checkbox"/> Globo Faringeo	15. <input type="checkbox"/> Bocca amara		
25. <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____				

## Farmaci assunti negli ultimi 30 giorni:

<b>Uso di Inibitori di pompa:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Continuativo <input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Non noto			
Inibitori di pompa	Nome commerciale	Dosaggio (mg)	Da (giorni/mesi/anni)
<input type="checkbox"/> Omeprazolo		<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40	
<input type="checkbox"/> Lansoprazolo		<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30	
<input type="checkbox"/> Pantoprazolo		<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40	
<input type="checkbox"/> Rabeprazolo		<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20	
<input type="checkbox"/> Esomeprazolo		<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40	

USO	Continuativo	Occasionale	No	Non noto
<b>Anti H2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FANS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aspirina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note \_\_\_\_\_

Data compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il test può essere eseguito presso i **seguenti PUNTI PRELIEVO:**  
- Ospedale di Schio dal lunedì al venerdì dalle Ore 8.00 alle ore 9.00  
- Ospedale di Thiene dal lunedì al venerdì dalle Ore 8.00 alle ore 9.00  
- Ospedale di Santorso al sabato dalle Ore 7.00 alle ore 9.00

**Per l'esecuzione del test il PAZIENTE DEVE ESSERE A DIGIUNO DA ALMENO 12 ORE**

- IL MEDICO PRESCRIVENTE DEVE COMPILARE E FIRMARE LA SCHEDA**
- IL PAZIENTE DEVE FIRMARE IL CONSENSO**
- LE INFORMAZIONI INCLUSE NELLA SCHEDA SONO INDISPENSABILI PER LA REFERTAZIONE**
- LA NON COMPLETA COMPILAZIONE O LA MANCANZA DI FIRME PRECLUDONO L'ESECUZIONE DEL TEST**

**Dati Medico inviante:**    MMG                       Gastroenterologo                       Altro specialista

Nome Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

Tel/ Cell \_\_\_\_\_

### Consenso informato del paziente

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ acconsento all'utilizzo del campione ematico prelevato per il test Gastropanel per eventuali studi sperimentali di coorte.

Data compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Firma paziente \_\_\_\_\_