

ZLECENIE BADANIA

Wodorowo-Metanowego Testu Oddechowego

UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

ulica i numer domu/mieszkania

Płeć: M K

kod pocztowy i miejscowość

Telefon:

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich:

NUMER BADANIA

Zlecam wykonanie badania

Data i godzina pobrania materiału:

Podpis osoby pobierającej materiał:

Podpis (i pieczęć) zleceniodawcy

- Diagnostyka nietolerancji laktozy
- Diagnostyka nietolerancji fruktozy
- Diagnostyka zespołu rozrostu bakteryjnego jelita (SIBO/IMO)

Forma płatności

- gotówka
- karta
- przelew

Dokument sprzedaży

- faktura
- paragon

Odbiór wyniku

- osobisty
- wersja elektroniczna/ podać adres e-mail:
UWAGA: w celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony numer PESEL.
- przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego):
.....
- wersja elektroniczna dla lekarza, dietetyka/ podać adres e-mail:
.....
- wysyłka pocztą - dodatkowo płatna

Dane do faktury

Firma/Imię i nazwisko

Ulica i nr domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

NIP

Data i godzina przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

PROTOKÓŁ BADANIA

Substrat:

Data badania:

godzina:

Podpis osoby przeprowadzającej badanie:

 Objawy pacjenta przed przystąpieniem do testu (zaznaczyć które dotyczą): zaparcia/ wzdęcia/gazy/ biegunka/
 inne:

Próbka nr	Wypełnia laboratorium			Wypełnia pacjent podczas pobierania próbek powietrza (X - zaznaczyć we właściwym polu jeśli objaw wystąpi)				
	Czas (min)	H ₂ ppm	CH ₄ ppm	Objawy				
				Wzdęcia	Gazy	Skurcze jelit	Biegunka	Inne (wpisać jakie)
1	0							
2	30							
3	45							
4	60							
5	75							
6	90							
7	105							
8	120							
9	150							
10	180							

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), a także zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity - Dz.U. z 2015 r., poz.2135 ze zm), **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikroekologii sp. z o.o. w Poznaniu (60-129), ul. Sielska 10, tel. 061 862 63 15.** Z inspektorem ochrony danych osobowych może Pani/Pan się skontaktować drogą elektroniczną na **e-mail: inspektor.danych@instytut-mikroekologii.pl**. Dane osobowe są przetwarzane w celach realizacji umowy o wykonania badania oraz wykonywania przez administratora obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane osobowe będą przechowywane w czasie obowiązywania umowy i przez okres 20 lat po jej zakończeniu. Instytut Mikroekologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikroekologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w granicach dopuszczalnych przez prawo. Instytut Mikroekologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie poniższych danych: 1) dane pacjenta: a) imię i nazwisko, b) data urodzenia, c) miejsce zamieszkania, d) płeć, e) numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych); 2) pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie lub imię i nazwisko oraz seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania; 5) rodzaj materiału i jego pochodzenie; 6) zlecone badanie; 7) data i godzina pobrania materiału do badania; 8) dane osoby pobierającej materiał do badania; 9) istotne kliniczne dane pacjenta, są **wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych skutkuje niemożnością zawarcia umowy o przeprowadzenie badania.**

Pani/a wyniki badań mogą być wykorzystane do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi zleconych badań, w tym z przeciwwskazaniami oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

UWAGA: WYMAGANY PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.

.....
Miejscowość/ data

.....
Czytelny podpis

ZGODA NA NEWSLETTER

Imię i nazwisko

Adres mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytutu Mikroekologii Sp. z o.o. w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu korzystania z prowadzonej przez Instytutu Mikroekologii Sp. z o.o. usługi „Newsletter”.

Zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”.

.....
Miejscowość/ data

.....
Czytelny podpis

Instrukcja przygotowania pacjenta do badania - Wodorowo-metanowy Test Oddechowy

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO TESTU ODDECHOWEGO

UWAGA! Właściwe przygotowanie pacjenta do badania jest niezbędne i stanowi kluczowy czynnik prawidłowo przeprowadzonego oznaczenia.

Przeciwwskazania bezwzględne:

- stwierdzona albo podejrzewana dziedziczna nietolerancja fruktozy (przeciwwskazania dla testu na tolerancję fruktozy, testu na tolerancję sorbitolu, testu w kierunku SIBO przy zastosowaniu laktulozy)
- stwierdzona albo podejrzewana (poposiłkowa) hipoglikemia

Przeciwwskazania warunkowe:

- przyjmowanie antybiotyków w ciągu ostatnich czterech tygodni
- kolonoskopia w ciągu ostatnich czterech tygodni
- fluoroskopia w ciągu ostatnich czterech tygodni
- fluoroskopia jelita cienkiego metodą Sellinka w ciągu ostatnich czterech tygodni
- ileostomia (z wyjątkiem diagnozy przerostu bakteryjnego)
- wiek poniżej 7 lat, chyba że lekarz zdecyduje inaczej (dotyczy zastosowania laktulozy).

Siedem dni przed badaniem:

- należy zaprzestać stosowania środków przeczyszczających oraz prokinetycznych: laktuloza, itopryd (nazwy handlowe: Prokit, Zirid), cyzapryd (nazwa handlowa: Gasprid) oraz metoclopramid (nazwa handlowa: Metoclopramidum polpharma) oraz leków zawierających trimebutynę (nazwa handlowa: Debretin, Debridat, Tribux i Ircolon – w tym celu wskazana konsultacja z lekarzem prowadzącym).

Trzy dni przed badaniem:

- przerwać stosowanie probiotyków.

W dniu poprzedzającym badanie:

- u osób z zaparciami przed wykonaniem badania należy wdrożyć dietę niskofermentującą (bez węglowodanów złożonych, bez mleka i jego przetworów) – wskazane spożycie białego ryżu, białego pieczywa, mięsa, jajek,
- nie spożywać produktów takich jak: cebula, por, czosnek, kapusta, fasola czy jakiegokolwiek marynowane lub kiszzone warzywa,
- unikać mleka i/lub soków owocowych,
- ostatni posiłek (niezbyt obfity, nie zawierający błonnika) zjeść co najmniej 14 godzin przed rozpoczęciem badania,
- w ciągu 14 godzin przed rozpoczęciem badania dozwolone jest picie tylko wody,

W dniu badania:

- zaleca się umycie zębów,
- osoby noszące protezy zębowe nie mogą używać kleju,
- zaleca się wypicie szklanki ciepłej wody,
- można przyjmować leki (z wyjątkiem witamin, środków przeczyszczających i antybiotyków) popite czystą wodą,
- nie trzeba odstawiać leków z grupy inhibitorów pompy protonowej – IPP,
- unikać aktywności fizycznej – również w trakcie testu należy unikać ruchu i wysiłku fizycznego
- nie palić i nie żuć gumy na przynajmniej 2 godziny przed testem.