

Précautions AVANT le prélèvement :

- Rester à **JEUN 12 heures** (sans boire, ni manger)
- Ne pas avoir **fumé depuis la veille**.
- Faire le test **au repos. Prévoir 30 minutes**.
- Trois classes de **médicaments à arrêter** avant le test :
 - **Antibiotiques** (par voie générale ou, pour certains, oculaire): **au minimum 4 semaines** avant,
 - **Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)** (ex.: Mopral, Ogast, Inipomp, Inexium,...): **au minimum 2 semaines** avant
 - **Antiacides et pansements gastro-intestinaux** (ex.: Smecta, Maalox...): **au moins 24 h** avant.
- Identifier chaque tube avec votre *Nom, Prénom, Date de naissance*.

Protocole (selon le kit acheté en pharmacie) :

Protocole HELIKIT	Protocole INFAL
Identifier clairement 2 tubes T0 et 2 tubes T30	Identifier clairement 2 tubes T0 et 2 tubes T30
Dissoudre l'acide citrique dans 200 mL d'eau	Recueillir l'air expiré dans les 2 tubes T0
Faire boire 100 mL de la solution d'acide citrique	Faire boire les 200 mL de jus d'orange ou de la solution d'acide citrique
Recueillir l'air expiré dans les 2 tubes T0	Dissoudre l'urée ¹³ C dans 30 mL d'eau
Dissoudre l'urée ¹³ C dans les 100 mL restants de la solution d'acide citrique	Faire boire les 100 mL de la solution d'urée ¹³ C
Faire boire les 100 mL de la solution d'urée ¹³ C	Déclencher immédiatement le chronomètre pour 30 minutes
Déclencher immédiatement le chronomètre pour 30 minutes	Recueillir l'air expiré dans les 2 tubes T30
Recueillir l'air expiré dans les 2 tubes T30	Transmettre les 4 tubes du test dans un sachet
Transmettre les 4 tubes du test dans un sachet	

Transport et conservation :

Le kit doit être apporté au laboratoire dans les 24 heures à température ambiante. **NE PAS REFRIGERER.**

Délai de rendu des résultats : 7 jours (sauf si contrôle)

Renseignements à compléter et rapporter avec le prélèvement :

Ces notions seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats (Norme ISO 15189)

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénom : **Date de naissance :** ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Temps à 0 minute (tubes T0): ___ h ___ **Temps à 30 minutes (tubes T30):** ___ h ___

Signes cliniques :

Brûlures œsophagiennes : NON OUI

Douleurs abdominales : NON OUI

Indiquer s'il y a lieu les dernières prises des médicaments suivants :

- **Antibiotiques (TOUS)** : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
- **Inhibiteurs Pompe à Protons (INIPOMP - MOPRAL - INEXIUM)** : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
- **Antiacides ou Pansements intestinaux (SMECTA - MAALOX)** : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

PARTIE RESERVÉE AU LABORATOIRE

Date de réception : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Prélèvement conforme : OUI NON
(Respect T 0 et T 30, délai d'acheminement)

à : ___ h ___

Visa :