

## AVANT DE FAIRE LE TEST

---

LISEZ TOUTES LES INSTRUCTIONS ET FAMILIARISEZ-VOUS AVEC LES PROCÉDURES LIÉES AU TEST. Les résultats du test seront valides seulement si le prélèvement des échantillons est effectué convenablement. Si vous avez des questions durant le test, communiquez avec votre médecin référent ou un membre de la clinique SIBO Canada.

**N'INSÉREZ, EN AUCUN TEMPS, VOTRE DOIGT DANS LE SUPPORT DE LA FIOLE DESTINÉE À LA COLLECTE DE L'HALEINE. CELUI-CI EST MUNI D'UNE AIGUILLE POINTUE, REVÊTUE D'UNE MEMBRANE DE CAOUTCHOUC GRISE. ÉVITEZ D'Y TOUCHER, CAR L'AIGUILLE SERT DE SCEAU PERMETTANT UN PRÉLÈVEMENT PRÉCIS DE L'HALEINE.**

NE DÉVISEZ, NI N'ENLEVER LES COUVERCLES DES FIOLES, CAR CELA ROMPERA LE JOINT HERMÉTIQUE ET RENDRA LES FIOLES INUTILES.

**IMPORTANT: AJOUTEZ LE LACTOSE AU 8 ONZE D'EAU ET MÉLANGEZ LE TOUT. CONSOMMEZ LA BOISSON APRÈS AVEC EFFECTUÉ LE TEST D'HALEINE INITIAL! CETTE INFORMATION SE TROUVE ÉGALEMENT À LA DEUXIÈME PAGE DU FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

### CONTENU DE LA TROUSSE

- Échantillonneur avec support pour fioles
- 10-fioles de prélèvement
- 10-étiquettes pour les fioles
- 1 dose de 15 ml de Teva- lactulose
- 2 enveloppes matelassées
- Information concernant l'expédition prépayée
- Instructions/ tableau de données/formulaire d'inscription

**REMETTEZ UNIQUEMENT LES TUBES ET LE FORMULAIRE D'ADMISSION DANS LA BOÎTE, ATTACHEZ L'ÉTIQUETTE DE RETOUR À LA BOÎTE ET RENVOYEZ-LA. LA BOÎTE ET RENVOYEZ-LA.**

### TEMPS REQUIS POUR LA PÉRIODE DE TESTAGE

- 12 heures accordées au régime avec restrictions, suivi d'un jeûne de 12 heures
- 3 heures accordées à la prise du test
- Effectuez le test une heure après le réveil
- Les prélèvements des échantillons devront être faits aux vingt minutes sur une période totale de 3 heures
- Effectuez le test initial AVANT de consommer la boisson de lactulose, et procéder ENSUITE au prélèvement des 9 autres échantillons d' haleine
- Nous vous PRIONS de bien gérer votre temps

### DURANT LE PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS

- 1 Assurez-vous de créer un sceau hermétique avec votre bouche autour de l'embout.
- 2 Respirez NORMALEMENT et ÉVITEZ les respirations profondes.
- 3 Une fois que le sac est presque entièrement gonflé, poussez le tube à fond, vous sentirez qu'il perce le tube. maintenez le tube pendant 2 secondes, puis retirez-le et passez au tube suivant.

Ce régime doit être respecté, ne consommez rien d'autre que ce qui est mentionné ici. Lisez toutes les informations ci-dessous s'il vous plaît !

### PROCÉDURES, MÉDICAMENTS ET SUPPLÉMENTS

#### AVANT DE SE SOUMETTRE AU TEST D'HALEINE, LES CONTREINDICATIONS SUIVANTES SONT DE MISE:

- **Au moins un mois à l'avance, évitez :** une coloscopie, les irrigations, la prise d'antibiotiques et de médicaments antifongiques.
- Il n'est plus nécessaire d'arrêter les IPP, **MAIS** s'il était possible de les arrêter deux jours avant le test, cela permettrait d'obtenir un meilleur résultat. peuvent être arrêtés deux jours avant le test, cela ce serait bénéfique. "**Consultez votre praticien**"
- **Une semaine à l'avance, évitez :** les médicaments d'ordre prokinétiques et les laxatifs
- **Un jour à l'avance, évitez :** les doses élevées de magnésium ou de vitamine C

#### AU MOINS 24 HEURES AVANT LE TEST, ÉVITER LA PRISE :

- De probiotiques, de prébiotiques ou de tout aliment contenant des probiotiques (yahourt, boisson Yakult, kéfir, etc.);
- D'herbes à propriétés antimicrobiennes;
- D'aides digestives, telles les enzymes digestives et l'acide chlorhydrique;
- De tout médicament ou supplément jugé non-essentiel, y compris les probiotiques, 24 heures avant le test, durant la préparation ainsi que durant la période du test.

#### Le matin de la prise du test, évitez de fumer des cigarettes et de faire de l'activité physique

#### Les patient(e)s diabétiques ou enceintes sont PRIÉ(E)S de consulter leurs médecins avant d'entamer le processus de préparation.

### GUIDE DE PRÉPARATION

Le régime suivant a été élaboré en vue de réduire la fermentation alimentaire, permettant ainsi une analyse précise de la réaction au lactulose.

La préparation débute 24 heures avant de procéder aux deux phases du test qui s'étalent chacune sur une période de 12 heures. *Si vous souffrez de constipation, veuillez allouer 48 heures pour la période de préparation.*

- Stage 1 consists of a restricted meal plan
- Stage 2 consists of fasting – only water may be consumed

#### Prenez bonne note :

- Allouez au moins une heure après le réveil avant d'entamer le test.
- Brossez vos dents comme à l'habitude, mais rincez votre bouche avec un antiseptique si possible.
- Abstenez-vous de fumer, y compris de vous exposer à la fumée secondaire, au moins une à deux heures avant ou durant la période du test
- Abstenez-vous de dormir ou de faire de l'exercice rigoureux au moins une heure avant le test ou à n'importe quel moment durant le test
- Il vous est permis de consommer de l'eau en modération au cours de la durée du test.
- La prise récente d'un traitement antibiotique ainsi que le fait d'avoir récemment souffert de diarrhée liquide grave pourraient altérer les résultats du test d'haleine – **\*\*il vous incombe de consulter votre médecin au sujet de ces conditions avant d'effectuer ce test, dans l'éventualité où il serait recommandé de reporter le test à une date ultérieure\*\***

### LISTE DES ALIMENTS PERMIS

#### Ne consommez que les aliments suivants durant la première période de 12 heures, ou 48 heures en cas de constipation, afin d'assurer l'exactitude du test :

- Poulet, dinde ou poisson au four ou grillés (assaisonnés au sel et poivre seulement)
- Riz cuit à la vapeur (basmati ou jasmin)
- Fromage ferme vieilli (Parmesan, Pecorino), sauf en cas d'intolérance aux produits laitiers
- Œufs
- Bouillon de viande clair (pas d'os ni de légumes)
- Huile d'olive ou huile de noix de coco – 1 c. à Table seulement pour la cuisson
- Pas de tisane
- Eau pure – sans minéraux ajoutés

### RÉGIME TYPE

**De 8 h 00 à 20 h 00 :** 12 (ou 48) heures de régime restrictif

**Déjeuner :** œufs broyés avec riz basmati ou jasmin

**Dîner :** poulet avec riz basmati ou jasmin

**Souper :** poisson et riz basmati ou jasmin

**Boisson :** eau

**19 h 00 à 7 h 00 :** jeûne d'une durée de 12 heures

**\*Avant d'entamer le test, veuillez visionner la vidéo d'instructions sur la page auquel mène le lien ci-dessous : [www.sibocliniccanada.com](http://www.sibocliniccanada.com)**

**\*Retesting after antibiotic or herbal antimicrobial therapy would be recommended.**

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

Nom du patient: \_\_\_\_\_ Ethnicité: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: M  F  Poids: \_\_\_\_\_ livres

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Numéro du téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  Imprimez clairement SVP

Clinique référante et nom du médecin: \_\_\_\_\_ **CLINIQUE SIBO CANADA ne nécessite pas de recommandation formulaires de référence de la part des praticiens ou des médecins.**

Tél: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Date de la collecte: \_\_\_\_\_ 

Avez-vous suivi un traitement SIBO avant ce test respiratoire?: YES  NO  Date du traitement: \_\_\_\_\_

## Symptômes (cochez tous ceux qui s'appliquent)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nausée        | <input type="checkbox"/> Rots                       | <input type="checkbox"/> Rougeur                        | <input type="checkbox"/> Vertiges             |
| <input type="checkbox"/> Vomissements  | <input type="checkbox"/> Gas (odeur d'œufs pourris) | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires          | <input type="checkbox"/> Douleur de la vessie |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée      | <input type="checkbox"/> Anxiété                    | <input type="checkbox"/> Acné/Éruptions cutanées        | <input type="checkbox"/> Douleur abdominale   |
| <input type="checkbox"/> Ballonnements | <input type="checkbox"/> Intestin qui fuit          | <input type="checkbox"/> Maladie parodontale & halitose | <input type="checkbox"/> Le stress chronique  |
| <input type="checkbox"/> Constipation  |   | <input type="checkbox"/> Fatigue                        |   |

## Maladies, conditions, troubles médicaux

Veillez indiquer toutes conditions pour lesquelles vous avez reçu un diagnostic ou desquelles vous soupçonner souffrir :

- |         |         |
|---------|---------|
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |

Tube 1 BASE BREATH, veuillez enregistrer ici: \_\_\_\_\_

Consommez la boisson de lactulose	Notez l'heure 	
Fiole #2	20 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #3	40 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #4	60 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #5	80 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #6	100 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #7	120 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #8	140 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #9	160 mins après la consommation de la boisson	
Fiole #10	180 mins après la consommation de la boisson	

**Les échantillons doivent être reçus par la clinique SIBO CANADA dans les 10 jours suivants la collecte.**

Les tests de la clinique SIBO CANADA ne projettent pas de diagnostic ni de traitement aux maladies, aux malaises, ou aux symptômes. Les diagnostics ainsi que les traitements doivent être dispensés par votre fournisseur de soins de santé. Les tests SIBO visent à aider votre médecin à rendre un diagnostic à partir d'autres données cliniques auxquelles la clinique SIBO CANADA n'a pas accès.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_  DATE: \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS DE RETOUR

---

- 1 **L'étiquette de retour est valable pendant 60 jours.**
- 2 A l'intérieur du kit se trouvent deux petites enveloppes en papier bulle. Mettez les tubes dans ces enveloppes (5 par paquet) et remettez-les dans la boîte avec le formulaire d'admission du patient. Jetez le reste.
- 3 Collez l'étiquette de retour sur la boîte blanche (ne couvrez pas le code-barres). Déposez le colis au bureau de poste, UPS ou Fedex le plus proche, selon l'étiquette que nous avons utilisée dans votre kit. Nous utilisons parfois des transporteurs différents pour des raisons de prix. N'oubliez pas de conserver votre numéro de suivi.

**Arrivée prévue dans nos locaux, 2 à 5 jours ouvrables. Ce n'est pas garanti avec COVID. Mais c'est quand même efficace.**

**En cas de problème, veuillez nous appeler directement dès que possible. 506 381 9847**