**** ContactGEFH@helicobacter.fr

**RCP GEFH du**

**Participants à la RCP :**

**Médecin référent (Nom/lieu d’exercice/mail SVP) :**

**Patient :**

***Sexe :*** ***Année de naissance :***

***Indication du traitement d’éradication :***

***Contexte personnel (ATCD) :***

***Fonction rénale (clairance de la créatinine) :***

***Contexte familial (ATCD) :***

***Allergie médicamenteuse*** :

***Traitement en cours :***

***Date dernière évaluation endoscopique et résultats antre/fundus*** :

**Histoire maladie /Lignes de traitements :**

* + **Ordre chronologique**
	+ **Détail Examen FOGD : resultats anapth +/- résultats cultures ou PCR**
	+ **Détail lignes de traitement avec Antibio + IPP avec fréquence d’administration, posologie et durée respectives**

**Questions :**

**Conclusions et proposition RCP GEFH :**