

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-19
	<u>SERVIZIO ENDOSCOPIA</u>	Rev. n. 1
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL BREATH TEST per diagnosi di intolleranza al lattosio	Ultima Rev.: 29/03/2021

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico endoscopista, prima dell'esecuzione dell'indagine.

CHE COSA È IL BREATH TEST AL LATTOSIO

Il BREATH TEST AL LATTOSIO è un esame diagnostico che consente di individuare l'intolleranza al lattosio e problemi di malassorbimento intestinale.

La mancata digestione e/o assorbimento del lattosio è un problema molto diffuso, in cui l'ingestione di latte e dei suoi derivati porta ad episodi di flatulenza, diarrea, dolori e distensione addominale di non facile inquadramento diagnostico (infatti tali sintomi sono spesso comuni ad altre patologie gastrointestinali tipo celiachia, rettocolite ulcerosa e sindrome dell'intestino irritabile).

Il BREATH TEST AL LATTOSIO è un esame semplice, affidabile e non invasivo, considerato il "gold standard" per la diagnosi di intolleranza al lattosio.

COME SI EFFETTUA L'ESAME

La metodica operativa del BREATH TEST AL LATTOSIO prevede l'assunzione da parte del Paziente di una dose prestabilita di un determinato zucchero (es. 20 grammi di lattosio) ed il prelievo di alcuni campioni di aria ottenuti facendolo soffiare in una sacca ad intervalli regolari (ogni 20 o 30 minuti circa) per un tempo max di 3-4 ore circa.

Si ricerca il picco di idrogeno nell'aria così espirata, che indica la presenza di fermentazione dello zucchero non assorbito da parte della flora batterica intestinale.

La data di consegna del referto verrà comunicata dal personale del servizio il giorno dell'esecuzione del test.

EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

- Nei 30 giorni antecedenti l'esecuzione del test non assumere lassativi o fermenti lattici, né antibiotici; importante anche non aver eseguito nel mese antecedente esami endoscopici e/o radiologici sul colon (colonscopia, Tc colon virtuale, Rx clisma opaco);
- Da 24 ore prima dell'esecuzione del test astensione dal consumo di latte, derivati e farinacei;
- Astensione dal fumo dalla sera precedente l'esecuzione del test;
- Il giorno prima dell'esame:
 - A colazione è possibile assumere acqua, thè/camomilla con fette biscottate;
 - A pranzo e cena è possibile alimentarsi con riso bollito, condito con poco olio, carne o pesce ai ferri. Non assumere pane, pasta, frutta, verdura; bere solo acqua minerale naturale o liscia.
- Il giorno dell'esame:
 - Non mangiare caramelle e gomme da masticare;
 - Non lavarsi i denti.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____
Documento identificativo _____
In qualità di: GENITORE (se Paziente minorenni) TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
 ALTRO _____

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE (art. 10 comma 4 e Allegato VI D.Lgs 187/2000)

Le donne in età fertile devono valutare la possibilità di uno stato di gravidanza ed informarne il Medico.

Dichiaro di:

NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame **BREATH TEST AL LATTOSIO**
 NON ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame **BREATH TEST AL LATTOSIO**

Data _____

Firma del Paziente o del Titolare del consenso _____

Firma del Medico _____

In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a
Cognome e Nome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Prov. _____

REVOCO il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data _____ Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____

** Il CONSENSO INFORMATO del Paziente deve necessariamente essere stampato fronte / retro.