

	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-MDL-01</b>
	<b>LABORATORIO ANALISI INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA CURVA DA CARICO DI GLUCOSIO (OGTT)</b>	Rev. n. 5 Ultima Rev.: 28/06/2022

*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 Biologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.*

### **COS'È IL TEST OGTT**

La curva da carico orale di glucosio (OGTT) è un test della glicemia che si effettua per la diagnosi del diabete mellito.

Consiste nel misurare la concentrazione ematica di glucosio prima e dopo somministrazione orale di una dose standard di glucosio anidro disciolto in acqua. La somministrazione orale di glucosio avviene anche per la determinazione della curva insulinemica.

I test eseguibili presso il Laboratorio Analisi della Casa di Cura sono i seguenti:

- OGTT (curva da carico di glucosio - *oral glucose tolerance test*)
- Curva insulinemica

### **COME SI EFFETTUA IL TEST**

Il test prevede un primo prelievo a digiuno (da almeno 8 ore ma non più di 12) per il dosaggio della glicemia basale.

Successivamente è prevista la somministrazione per via orale di 75 g di glucosio disciolto in acqua. Il tempo massimo per l'assunzione della bevanda è di 5 minuti.

Verranno quindi prelevati campioni di sangue venoso ad intervalli predefiniti (a 60 minuti e a 120 minuti).

Negli intervalli tra i prelievi il paziente attende seduto (in sala di attesa) senza mangiare, né bere (tranne piccoli sorsi d'acqua), né fumare.

La necessità di eseguire prelievi seriati comporta la permanenza in Laboratorio per almeno due ore sotto il controllo di personale sanitario che ha la responsabilità di intervenire in caso di malore ed eventualmente decidere la sospensione dell'esame.

### **PREPARAZIONE - RACCOMANDAZIONI**

Il paziente deve presentarsi al mattino presto, a digiuno.

### **EFFETTI INDESIDERATI**

Solitamente il test è ben tollerato. L'assunzione di glucosio può causare effetti secondari di lieve entità e durata: vomito, nausea, sonnolenza, sete, lipotimia (cioè diminuzione della pressione arteriosa con senso di vertigine e mancamento). In caso di vomito il test verrà sospeso.

### **CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DEL TEST**

Il test non deve essere eseguito in caso di documentata diagnosi di diabete mellito. L'esame non va eseguito in corso di patologie acute in atto o recenti e durante la convalescenza per interventi chirurgici.

Il test non ha valore diagnostico in situazioni di alterato assorbimento/utilizzo di glucosio (vomito, febbre, traumi, gastroenterostomosi...).

Nei soggetti gastroresecati il test è controindicato per il rischio di evocare i sintomi della sindrome da alterato svuotamento gastrico. Il test non va eseguito in pazienti con in corso terapia cortisonica. Il test non va eseguito quando la glicemia basale supera i 126 mg/dL.

## ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

### 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 minorenne)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

### 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'effettuazione del TEST OGTT  
 **NON ACCONSENTO** all'effettuazione del TEST OGTT

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Biologo \_\_\_\_\_

*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 Biologo \_\_\_\_\_

\*\* INFORMATIVA E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO devono necessariamente essere stampati fronte / retro.