

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-ED-18</b>
	<b><u>SERVIZIO ENDOSCOPIA</u></b>	Rev. n. 2
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'UREA BREATH TEST per diagnosi di infezione da <i>Helicobacter Pylori</i></b>	Ultima Rev.: 04/07/2022

*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 Medico endoscopista, prima dell'esecuzione dell'indagine.*

### **CHE COSA È L'UREA BREATH TEST**

È un esame semplice, indolore e non invasivo, utilizzato in gastroenterologia per la diagnosi dell'infezione da *Helicobacter Pylori*.

L'*Helicobacter Pylori* è un batterio a forma di spirale in grado di sopravvivere nell'ambiente acido dello stomaco, dove aderisce alla mucosa gastrica riuscendo a replicarsi, per la sua capacità di produrre "ureasi", un enzima che scinde l'urea in ammoniaca e acido carbonico.

L'*Helicobacter Pylori* può causare gastrite, lesioni ulcerative e, in alcuni Pazienti predisposti, un linfoma gastrico a bassa malignità (MALT). Infine, è un noto fattore di rischio per l'insorgenza del tumore dello stomaco.

La specificità dell'UREA BREATH TEST è pari al 100%. L'eccellente specificità e sensibilità del test ne permette la ripetibilità nel tempo per controllare l'efficacia delle terapie mediche utilizzate per eradicare l'infezione da *Helicobacter Pylori*.

### **COME SI EFFETTUA L'ESAME**

L'UREA BREATH TEST sfrutta l'attività ureasica dell'*Helicobacter Pylori* per la diagnosi di infezione.

Si procede ad un primo campionamento dell'aria espirata dal Paziente: questi deve compiere una profonda inspirazione e soffiare, attraverso una cannucchia, in un flaconcino da consegnare immediatamente all'operatore che provvede subito a tapparlo.

A questo punto, al Paziente vengono somministrate due compresse di urea marcata 13C addizionate di acido citrico. Dopo circa 10 minuti, viene raccolto un secondo campione di aria espirata.

L'aria espirata e raccolta verrà analizzata tramite uno spettrometro di massa che permette di misurare la quantità di CO<sub>2</sub> in essa contenuta.

Poiché l'***Helicobacter pylori*** scinde l'urea in ammoniaca ed anidride carbonica, nel paziente con infezione ritroveremo una certa quantità di anidride carbonica nell'aria espirata.

Nel soggetto sano, invece, non registrandosi alcuna attività ureasica, l'urea ingerita verrà assorbita ed eliminata attraverso le urine.

L'esame dura in media trenta minuti.

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**

La preparazione all'esame prevede:

- La sospensione per le 3 settimane precedenti all'esame di antibiotici associati e di inibitori della pompa protonica (l'utilizzo di un unico antibiotico non sembra interferire sull'esame);
  - La sospensione per le 2 settimane precedenti all'esame di farmaci gastroprotettori tipo inibitori di pompa protonica, H<sub>2</sub> antagonisti e sucralfati (ranitidina, lansoprazolo, rabeprazolo, pantopranzolo, omeprazolo, esomeprazolo, ecc.);
  - Il digiuno il giorno dell'esame da almeno 6 ore se adulto, da 3 ore se bambino.
- È importante anche astenersi dal fumo e dall'assunzione di caffè la mattina dell'esame.

## 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 DI CONSENSO

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

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se il Paziente è 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 della procedura, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- Accenso** all'esecuzione dell'esame **UREA BREATH TEST**  
 **Non accenso** all'esecuzione dell'esame **UREA BREATH TEST**

Per le donne in età fertile:

- Escludo con certezza gravidanza in atto**  **Non escludo con certezza gravidanza in atto**

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

Nome e Cognome del Medico che ha fornito le  
spiegazioni e registrato il 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 o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

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