

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO <u>SERVIZIO ENDOSCOPIA</u> INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL BREATH TEST per diagnosi di intolleranza al lattosio	M-ED-19 Rev. n. 4 Ultima Rev.: 20/03/2024

Gentile Utente,
le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposto/a Lei o il Suo familiare.

Nel Suo interesse, 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 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.

NB: NON SI ESEGUONO ESAMI A SOGGETTI MINORI DI ANNI 18.

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

EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicatezze legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

- Nei 7 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 (colonoscopia, 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;
 - Dalle ore 21:00 è obbligatorio osservare un digiuno completo (è possibile bere liberamente acqua);
- Dalle ore 7:00 del giorno dell'esame il paziente deve: bere due bicchieri d'acqua, restare a digiuno, non lavarsi i denti, non fumare, non mangiare caramelle e gomme da masticare, non svolgere attività fisica;
- Munirsi di una bottiglia di acqua naturale da 0,5 L da utilizzare per l'esecuzione dell'esame.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENTO 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: 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'esecuzione dell'esame **BREATH TEST AL LATTOSIO**

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 _____

Firma del Medico _____

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