

Consenso Informato per l'esecuzione della Curva glicemica

Il/La Signor/a:
nato/a a:
il:
residente in:

Perchè effettuare la Curva glicemica?

La Curva Glicemica o Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT) è un esame che si svolge per diagnosticare il diabete latente o un'eventuale predisposizione ad ammalarti di diabete. Il test misura i livelli di glucosio nel sangue con un prelievo eseguito a digiuno e dopo l'assunzione di una soluzione glucosata per via orale. Questo Test non è indicato se sei un adulto/a o gestante con glicemia a digiuno superiore a 126 mg/dl.

Tempo di permanenza in sede

Dovrai rimanere in sede circa **2 ore**.

Procedura per il dosaggio del glucosio:

- digiuno dalla sera precedente;
- determinazione con glucometro del livello basale di glucosio su sangue capillare;
- prelievo venoso basale;
- somministrazione di 75 gr di glucosio (soluzione glucosata);
- somministrazione dello stesso volume di acqua;
- prelievo venoso dopo 120 min.

Controindicazioni

Non svolgere questo esame se sei intollerante al principio attivo o ad uno degli eccipienti della soluzione glucosata.

Ti consigliamo di non svolgere questo esame se hai subito un trauma, hai febbre, soffri di gastroenteroanastomosi o sei durante il periodo mestruale perché queste situazioni possono interferire con l'assorbimento del glucosio ed annullare il valore diagnostico dell'esame.

Ti informiamo, inoltre, che provvederemo ad interrompere l'esame se la misurazione del glucosio su sangue capillare con glucometro risulti maggiore di 126 mg/dl.

Effetti collaterali

Ti informiamo che l'assunzione di glucosio può causare qualche effetto secondario come la nausea, il vomito, la sonnolenza e la sete.

Questi effetti sono comunemente di lieve entità e di breve durata.

Da compilare (a cura del paziente):

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e adeguato sulle finalità, sulla procedura del Test, sulle controindicazioni e sugli effetti collaterali e di aver ricevuto una risposta adeguata ai quesiti che ho posto.

Pertanto:

- ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a al **Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT)**
- NON ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a al **Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT)**

Data: / /

Firma del paziente

Firma del sanitario che raccoglie il consenso