

ME.DI.CA. GROUP	CONSENSO INFORMATO <input type="checkbox"/> CURVA DA CARICO DI GLUCOSIO <input type="checkbox"/> CURVA INSULINEMICA	MOD 902 REV 00 DEL 22.03.2016
-----------------	--	-------------------------------------

Gentile paziente,

l'esame CURVA DA CARICO DI GLUCOSIO o CURVA INSULINEMICA proposto dal suo medico richiede la somministrazione di una soluzione zuccherata e l'esecuzione di una serie di prelievi ematici. Su questi possono essere eseguite diverse determinazioni o della glicemia e/o dell'insulina al fine di definire se la sua tolleranza agli zuccheri è normale o alterata.

Nel caso esegua una curva da carico da 75 grammi (o una curva con carico superiore) all'inizio del test viene eseguita una determinazione della glicemia a digiuno (basale) utilizzando il glucosimetro; il test da carico (e quindi l'assunzione della soluzione zuccherata) non potrà essere eseguito qualora il valore della glicemia basale risultasse superiore a:

Ø 135 mg/dL (pari a 126 mg/dL +10% della misura con il nostro glucometro)

Ø 100 mg/dL nel caso di Donne in gravidanza (pari a 92 mg/dL +10% della misura con il nostro glucosimetro)

Lo sciroppo che Le verrà somministrato è costituito da una soluzione aromatizzata di glucosio e deve essere ingerito entro 5 minuti. L'unico effetto collaterale potrebbe essere una certa sensazione di nausea; se necessario potrà bere un bicchiere di acqua.

Dopo aver assunto la soluzione di glucosio, Lei dovrà stare a riposo completo per il tempo necessario alla conclusione del test e potrà solo bere poca acqua. Nel caso si verifichi un episodio di vomito, l'esame dovrà essere sospeso e dovrà essere ripetuto in un altro momento.

II/ La sottoscritto/a _____

Data di nascita _____

DICHIARA:

- 1 - di essere stato informato in modo esauriente e comprensibile sull'indicazione clinica del test, sulle sue finalità e sulle modalità di esecuzione.
- 2 - di essere stato informato degli effetti collaterali che potrebbero derivare dall'ingestione della soluzione di glucosio.

.. ACCETTA di sottoporsi al test proposto

.. RIFIUTA di sottoporsi al test proposto

Data _____

Firma del prelevatore

Firma del/la paziente
