BREATH TEST AL LATTULOSIO

(breath test all'idrogeno con somministrazione di lattulosio, overgrowth batterico, contaminazione batterica intestinale)

IL TEST SI ESEGUE DAL LUNEDÌ AL SABATO A PARTIRE DALLE ORE 7:15

Esame non eseguibile in caso di diabete,galattosemia,intolleranza al glucosio salvoaltra indicazione del Medico prescrittore. Prima di iniziare il test si esegue uno stick glicemico.

Si consiglia di rimandare l'esame in presenza di diarrea,di patologie intestinali acute (gastro-enteriti) ed in caso di procedure diagnostiche a cui ci si è sottoposti (colonscopia).

15 giorni prima dell'esecuzione dell'esame bisogna evitare di assumere antibiotici.
7 giorni prima dell'esame evitare: fermenti lattici, procinetici, probiotici inclusi alimenti fermentati,fitoterapici antimicrobici .

Il giorno precedente l'esame

evitare: lassativi,supporto digestivo (HCl,enzimi),
frutta,verdura,pane,pasta e legumi
alcoolici e bevande gassate
caramelle e gomme da masticare
condimenti ad eccezione di una ridotta quantità di olio

Non serve interrompere gli Inibitori della pompa protonica.
Rispettare le seguenti istruzioni alimentari:
colazione: tè o caffè d'orzo
pranzo: un piatto di riso bollito condito con poco olio crudo
cena: riso bollito con poco olio o carne/pesce ai ferri condito con poco olio
merenda: tè o caffè d'orzo
bevande: acqua naturale o minerale non gassata

Il giorno dell'esame

Essere a digiuno da almeno 8/10 ore;evitare di bere acqua o,in caso di necessità,berne solo mezzo bicchiere non gassata; non fumare; non sottoporsi a sforzi fisici eccessivi;si possono lavare i denti.
Durante lo svolgimento del test non dormire,non bere,non fumare.

LA DURATA DEL TEST È DI CIRCA DUE (2) ORE.

CONSENSO INFORMATO:
Con la presente confermo di aver letto e compreso le informazioni riportate nel modulo e di aver ricevuto spiegazioni esaurienti alle mie domande circa le modalità di svolgimento dell'esame.
Do pertanto liberamente il mio consenso a sottopormi all'esame .

Firma del/della paziente…… Data……

Firma dell'operatore……

Si conferma al Sig. ……

la prenotazione per la prestazione ……

Con il Dott. ……

Data dell'appuntamento …… **Alle ore** …… **Importo** ……

Firma dell'operatore ……

Si Raccomanda di:

- **Portare con sé un documento di identità.**
- **Portare in visione la documentazione di esami precedenti.**
- **Per i minori portare le richieste del medico.**

Si ricorda che:

- **Gli orari degli appuntamenti possono subire eventuali ritardi determinati dall'approfondimento di casi clinici particolari.**

IN CASO DI DISDETTA DELL'APPUNTAMENTO SI PREGA DARNE COMUNICAZIONE ALMENO IL GIORNO PRIMA DELLA DATA PREVISTA PER L'ESECUZIONE