

BREATH TEST AL LATTOSIO

Durata del test: 4 ORE durante le quali si deve rimanere a riposo seduti, senza mangiare, bere e fumare né masticare gomme.

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

Osservare attentamente le seguenti istruzioni

Il giorno precedente l'esame

COLAZIONE: una tazza di tè amaro

PRANZO: un piatto di riso bianco bollito condito con poco olio crudo

CENA: carne (preferibilmente pollame, non bestiame in allattamento: agnello, capretto, vitello, maialino) oppure pesce (lesso o ai ferri), conditi con sale e olio (no limone).
No fibre e carboidrati.

Astenersi da farmaci non essenziali (consultare il Medico curante).

Il giorno dell'esame

Obbligatorio bere 2 bicchieri d'acqua (non gassata, non tè o tisane), restare a digiuno, non fumare (sigarette elettroniche comprese), non consumare chewing gum o altro, lavare i denti come consuetudine ed eseguire successiva pulizia del cavo orale con collutorio (contenente clorexidina 1%), non svolgere attività fisica, evitare o posticipare al termine del test (previa consultazione del Medico curante) eventuali farmaci non essenziali.

Dalle ore 21:00 del giorno precedente l'esame

osservare un digiuno completo (si può bere acqua non gassata)

Nei 7-15 giorni precedente l'esame

(salvo diversa indicazione del Medico curante) evitare trattamenti di pulizia del colon, evitare di assumere antibiotici, fermenti lattici (compreso yogurt e lassativi).

Nei 7 giorni precedenti evitare: latte e derivati (compreso dolci o prodotti confezionati che contengono latte), dado da cucina, pietanze e condimenti preconfezionati che contengono lattosio o ingredienti/addensanti/conservanti a base di carboidrati, mortadella, fesa di tacchino, prosciutto cotto ed insaccati che possono contenere conservanti.

Il test **NON DEVE** essere eseguito in caso di diarrea importante in atto o pregressa nelle 24-48 ore precedenti. Nei 2 giorni prima evitare anche farmaci/integratori anti-meteorismo o procinetici, trattamenti fitoterapici per bocca con proprietà antibatteriche.

Si raccomanda di consultare il proprio Medico curante in caso di diabete o ridotta tolleranza al glucosio

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.....