

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p> <p>Dipartimento Area Servizi</p>	<p><b>Consenso informato per test da carico di glucosio OGTT</b></p>	<p>01A_MO_109_MediLab Allegato 01A_IO_16_OGTT</p>	
<p>Identificazione UO/Servizio: <b>U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO</b></p>	<p>Rev. 00 del 14/10/2019</p>	<p>Pag. 1 di 2</p>	

## INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

### Finalità del test:

Il Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT) è un'indagine che permette di evidenziare un diabete latente o un'eventuale predisposizione ad ammalarsi di diabete; consiste nel misurare la concentrazione ematica di glucosio prima e dopo somministrazione orale di una dose standard di glucosio anidro disciolto in acqua. La somministrazione orale di glucosio avviene anche per la determinazione della curva insulinemica.

### Modalità di esecuzione del test

- Il test prevede un primo prelievo a digiuno (da almeno 8 ore ma non più di 12) per il dosaggio della glicemia basale;
- Contemporaneamente al primo prelievo si esegue un test rapido su sangue prelevato per puntura del polpastrello. Se il valore della glicemia basale è  $\geq 126$  mg/dL il test si interrompe e verrà consigliato di ripetere il prelievo in un giorno successivo per rivalutare la glicemia a digiuno che, se si dovesse riconfermare  $\geq 126$  mg/dL, sarà sufficiente per diagnosticare il diabete mellito;
- Il test prevede la somministrazione per via orale il 75 g di glucosio disciolto in acqua. In età pediatrica la quantità di glucosio sarà pari a 1.75 g/pro kg peso corporeo;
- Il tempo massimo per l'assunzione della bevanda è di 5 minuti;
- Verranno successivamente prelevati campioni di sangue venoso ad intervalli predefiniti (diversi per le diverse tipologie di test);
- Negli intervalli tra i prelievi il paziente attende seduto (in sala di attesa o, se necessario, disteso sul lettino dell'ambulatorio), senza mangiare, né bere (tranne piccoli sorsi d'acqua), né fumare;
- La necessità di eseguire prelievi seriati comporta la permanenza in ambulatorio per almeno due ore sotto il controllo di personale sanitario che ha la responsabilità di intervenire in caso di malore ed eventualmente decidere la sospensione dell'esame.

### Effetti indesiderati.

Solitamente il test è ben tollerato. L'assunzione di glucosio può causare effetti secondari di lieve entità e durata: vomito, nausea, sonnolenza, sete. In caso di vomito il test verrà sospeso.

Ingredienti della soluzione: Glucosio monoidrato, Acido citrico monoidrato, aroma arancio, colorante E110, metile para-idrossibenzoato, propile para-idrossibenzoato, acqua depurata.

### Controindicazioni all'esecuzione del test

Il test non deve essere eseguito in caso di documentata diagnosi di diabete mellito. L'esame non va eseguito in corso di patologie acute in atto o recenti e durante la convalescenza per interventi chirurgici. Il test non ha valore diagnostico in situazioni di alterato assorbimento/utilizzo di glucosio (vomito, febbre, traumi, gastroenterostomosi...).

### Norme da rispettare nei giorni precedenti il test

Nei tre giorni precedenti mantenere una dieta libera con almeno 150 grammi di carboidrati al giorno, normale attività fisica. Nel giorno di esecuzione del test possono essere assunti farmaci salvavita anche prima dell'esecuzione del test mentre l'assunzione di altri farmaci deve essere rimandata fino all'avvenuta effettuazione dell'ultimo prelievo.

### Bibliografia

Biochim Clin 2015 Raccomandazioni 2015 per l'esecuzione dell'esame da carico orale di glucosio.

**Consenso informato  
per test da carico di  
glucosio  
OGTT**01A\_MO\_109\_MediLab  
Allegato  
01A\_IO\_16\_OGTTIdentificazione UO/Servizio:  
**U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO**Rev. 00 del  
14/10/2019

Pag. 2 di 2

**CONSENSO INFORMATO / INFORMED CONSENT**

Alla somministrazione della soluzione orale di glucosio anidro

Il sottoscritto/a (cognome e nome / surname-name) \_\_\_\_\_,

ID \_\_\_\_\_ nato/a il (date of birth) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Luogo di nascita (Place of birth) \_\_\_\_\_

In caso di soggetto minore o soggetto privo totalmente o parzialmente di autonomia decisionale:

*Dati identificativi di entrambi i genitori o del legale rappresentante*\_\_\_\_\_  
Cognome e nome\_\_\_\_\_  
Cognome e nome

Avendo ricevuto informazioni comprensibili ed esaurienti sull'atto sanitario attraverso l'informativa fornita, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza esprimo il consenso di sottopormi/ che mio figlio/il soggetto in mia tutela si sottoponga al test di carico orale di glucosio. (I, the undersigned agree to OGTT testing)

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto le seguenti informative dal dottore/infermiere \_\_\_\_\_

- il tempo massimo per l'assunzione della bevanda è di 5 minuti;
- durante il test devo stare a riposo seduto in sala attesa;
- durante il test non è ammesso assumere cibo o bevande (tranne piccoli sorsi d'acqua), né fumare;
- in caso di vomito dopo l'assunzione del glucosio il test verrà sospeso;
- in caso di glicemia basale  $\geq 126$  mg/dL non si procederà alla somministrazione del carico di glucosio;
- L'assunzione di glucosio può causare effetti secondari di lieve entità e durata: nausea, vomito, sonnolenza.

Data e Firma leggibile \_\_\_\_\_

*In caso di minore firma di entrambi i genitori*

Firma leggibile dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO**

ID Prelievo \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Glicemia capillare \_\_\_\_\_

Si procede alla somministrazione di glucosio

 SI Quantità di glucosio somministrata \_\_\_\_\_ NO perché \_\_\_\_\_

Test sospeso perché \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario che somministra \_\_\_\_\_