

INFORMACJA DLA PACJENTA I ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE

WODOROWY TEST ODDECHOWY Z LAKTOZĄ / LAKTULOZĄ *

Celem badania jest potwierdzenie lub wykluczenie nietolerancji laktozy lub zaburzeń gastrologicznych pod postacią wydłużonego czasu pasażu jelita grubego oraz przerostu bakteryjnego jelita cienkiego –SIBO.

Przeprowadzane przez nas badanie jest badaniem bezpiecznym, nieinwazyjnym. Polega na jednostajnym wydmuchiwanym powietrza przez jednorazowy ustnik i określeniu w wydychanym przez pacjenta powietrzu zawartości cząsteczek wodoru.

Pielęgniarka przeprowadzająca procedurę dokonuje pomiaru kilkakrotnie. Pierwszy pomiar wykonuje przed podaniem czynnika: laktozy lub laktulozy, kolejny 15 minut po jego podaniu. Kolejne pomiary wykonuje co 30 minut. Maksymalna długość badania to 180 minut (9 pomiarów), przeciętnie 120 minut (7 pomiarów). W zależności od uzyskanych wyników pielęgniarka wydłuża lub skraca czas procedury (ilość pomiarów).

Bezwzględne przeciwwskazanie:

1. Zdiagnozowana lub podejrzana (poposiłkowa) hipoglikemia

Względne przeciwwskazania:

1. Przyjmowanie antybiotyków (w okresie 4 tygodni przed badaniem).
2. Kolonoskopia (w okresie 4 tygodni przed badaniem).
4. Irygoskopia (w okresie 4 tygodni przed badaniem).
5. Fluoroscopia (w okresie 4 tygodni przed badaniem).
6. Ileostomia (z wyjątkiem diagnostyki przerostu bakteryjnego jelita cienkiego SIBO).

Przygotowanie do badania:

1. Pacjent na badanie zgłasza się na czczo (co najmniej 12 godzin)
2. Zakaz spożywania alkoholu na 3 dni przed badaniem.
3. Zakaz palenia wyrobów tytoniowych na 12 godzin przed badaniem.
4. Zakaz przyjmowania środków przeczyszczających na 2 dni przed badaniem.

UWAGA: bezpośrednio przed badaniem należy umyć zęby!

Po podaniu laktozy lub laktulozy mogą wystąpić nudności, wymioty, wzmożona perystaltyka jelit, luźne stolce.

Znane mi są możliwe skutki przyjęcia laktozy lub laktulozy. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości. Dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania.

.....
Pieczętka i podpis pielęgniarki udzielającej informacji

.....
Data

.....
Podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna prawnego osoby małoletniej)

- Właściwe podkreślić