



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
PER PAZIENTI DA SOTTOPORRE A H₂ BREATH TEST
- BREATH test lattosio -**

Gentile Utente,

Il Suo Medico Curante ha prescritto per Lei l'esecuzione di un Test del Respiro. Di seguito trova alcune informazioni che La preghiamo di leggere con attenzione.

COSA SONO I TEST DEL RESPIRO (o BREATH TEST) FUNZIONALI

Sono uno strumento - non invasivo - per valutare la capacità digestiva di una persona nei confronti di alcuni componenti della nostra dieta quotidiana, la cui cattiva digestione è causa di disturbi addominali spesso cronici e di difficile riconoscimento.

In particolare, viene valutata la capacità ad assorbire alcuni zuccheri comunissimi come il **lattosio**, che risulta essere la sostanza più comunemente in causa nelle intolleranze. Questi esami possono essere utili anche per evidenziare una crescita batterica intestinale anomala, responsabile in molti casi di disturbi addominali di varia natura e gravità.

IN COSA CONSISTE L'ESAME

L'esame consiste nel bere una soluzione zuccherata, senza aggiunte di sostanze artificiali, e nel soffiare all'interno di uno strumento ad intervalli fissi, **prima e dopo** l'assunzione della bevanda.

Non vi sarà richiesto niente altro. I campioni di aria espirata vengono processati da un strumento in grado di misurare la quantità di idrogeno presente, che correla con l'eventuale presenza di anomalie che stiamo ricercando.

COSA È IMPORTANTE SAPERE PRIMA DI FARE L'ESAME

- Si deve essere a **digiuno** da **almeno 8 ore** (cioè dalla mezzanotte precedente). Si può bere acqua.
- Negli **8 giorni che precedono l'esame**, non assumere antibiotici, lassativi, inibitori della pompa protonica (anti acidi, anti reflusso, ecc.) o fermenti lattici (probiotici e prebiotici). Non assumere ELGASIN, PERIDON in quanto gli integratori possono dare un falso negativo.
- La mattina prima del test: lavare bene i denti e sciacquarsi la bocca con collutorio (a base di esetidina o benzidamina cloridato)
- **Non fumare** da almeno 12 ore (il fumo altera la composizione gassosa del respiro e rende inaffidabile il risultato).

DIETA DA SEGUIRE IL GIORNO PRIMA DEL TEST

COLAZIONE	The o caffè leggero o caffè d'orzo zuccherati; fette biscottate o pane comune o pane tostato o biscotti secchi
PRANZO	a) Pasta comune o riso conditi con olio e un cucchiaino di grana (NB: il parmigiano reggiano non contiene lattosio perciò si può assumere) <u>oppure</u> : a1) pastina in brodo vegetale. b) Carne o pesce ai ferri conditi con olio (a scelta)
POMERIGGIO	The o caffè leggero o caffè d'orzo zuccherati, fette biscottate, pane comune o pane tostato o biscotti secchi
CENA	a) Riso condito con olio e 1 cucchiaino di grana b) Uova, carne o pesce ai ferri
BEVANDE	Acqua naturale o minerale non gassata, the o caffè leggero o caffè d'orzo zuccherati

EFFETTUAZIONE DEL TEST

Durante l'effettuazione del test (che **durerà circa 4 ore**) non è consentito mangiare, fumare, dormire.

Si potrà assumere solo una piccola quantità (mezzo bicchiere) di acqua naturale non gassata.

Vi verrà anche chiesto di segnalare su apposito foglio (che vi sarà consegnato ad inizio esame) l'eventuale comparsa di disturbi addominali di qualunque tipo.

MODALITÀ DI ACCESSO

L'accesso per effettuare il breath test lattosio è consentito al lunedì, dalle 07,00 alle 07,30, previa prenotazione al link <https://fondazione-villa-salus.reservio.com/>.



FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,
30174 Venezia Mestre (VE)
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710
P. IVA e C.F. 04549420273
Numero REA VE - 434003
www.ospedalevillasalus.it

CONSENSO ESECUZIONE BREATH test lattosio

Il sottoscritto.....Nato/a

Il __/__/__ e residente aProv.....

Via.....Tel.....

- ☐ Per sé stesso
- ☐ Esercente la potestà genitoriale del minore..... a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sotto riportati (*essendo i sotto citati trattamenti considerati come "trattamenti medici comuni", è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori*)
- ☐ Legale rappresentante di (*in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale*)

.....
(allegare fotocopia del documento del legale rappresentante)

Informato sul significato dell'esame e sulle motivazioni che hanno consigliato la sua effettuazione, reso edotto del fatto che:

- ☐ L'assunzione della soluzione zuccherina potrebbe causare sintomi quali nausea, gonfiore, eruttazioni, dolori colici, diarrea
- ☐ È necessario restare a riposo per tutto il tempo necessario alla conclusione del test, non si può fumare, si può bere una mezza bottiglietta di acqua naturale non gasata
- ☐ Può chiedere ogni altra delucidazione al personale sanitario della struttura

dà il proprio consenso all'esecuzione del test del respiro.

Venezia Mestre, li __/__/__

Firma del Paziente.....

Il personale sanitario ha verificato che il paziente ha compreso quanto sopra illustrato (*se paziente minorenne il personale sanitario ha informato e ricercato con le dovute cautele l'adesione al trattamento proposto*)

Venezia Mestre, li __/__/__

Firma del Personale sanitario.....