

Informovaný souhlas pacienta k vyšetření glykemické křivky – oGTT

Co je oGTT?

Orální glukozový toleranční test, pro odhalení onemocnění cukrovkou (Diabetes mellitus). Prosíme Vás o spolupráci a důsledné dodržení všech uvedených pokynů. Na toto vyšetření se prosím objednejte na pracovišti, které Vám nejlépe vyhovuje (viz seznam odběrových pracovišť / www.synlab.cz)

Postup před vyšetřením:

- 3 dny před vyšetřením konzumujte běžnou stravu
- Na odběrové pracoviště se prosím dostavte včas a nalačno
- Hladovění před vyšetřením musí trvat 10-12 hodin. Minimálně 24 hodin před vyšetřením se nesmí pít alkoholické nápoje
- S sebou přineste toto poučení, kartičku pojišťovny a žádanku od lékaře.

Postup vyšetření:

- Odběr krve nalačno
- Podání zátěžové dávky glukózy (vypití testačního nápoje)
- Odběr krve za 2 hodiny po požití glukózy.

U těhotných:

- Vyšetření se provádí mezi 24 až 28 týdnem těhotenství
- Odběr krve nalačno
- Podání zátěžové dávky glukózy (vypití testačního nápoje)
- Odběr krve za 1 hodinu po požití testačního nápoje
- Odběr krve za 2 hodiny po požití testačního nápoje

Pokyny v průběhu vyšetření:

Pít můžete samotnou vodu či neslazený čaj. Léky, které pravidelně užíváte, si vezměte – zapijte. Během celého vyšetření (tzn. dvě hodiny) je zakázáno jíst a pít a je nutné setrvat v klidu bez fyzické zátěže v čekárně odběrového místa a nevzdalovat se z těchto prostor. Jakékoliv potíže (zvracení, průjem, závrať, mdlobu apod.) hlasejte ihned sestře.

Možné komplikace a rizika:

Po podání koncentrovaného roztoku glukózy se může dostavit pocit nevolnosti, nucení na zvracení nebo zvracení či průjem.

Výsledky oGTT testu budou předány žádajícímu lékaři, v zájmu pacienta, je nutný jeho neodkladný kontakt s ošetřujícím lékařem.

PROSÍME VYPLŇTE:

Prohlašuji, že jsem byl řádně poučen o vyšetření, zejména o nutnosti setrvat po celou dobu testu v čekárně odběrového pracoviště a odejít až po dokončení celého vyšetření, byl mi náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, možná rizika a komplikace a souhlasím s provedením vyšetření.

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Datum:

Podpis: