

NORME DI PREPARAZIONE

BREATH TEST AL LATTOSIO

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPolosAMENTE ALLE NORME RIPORTATE
IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO.
SEGUIRE LA PREPARAZIONE SPECIFICA ALL'ESAME QUI DI SEGUITO RIPORTATA

MODALITA' di PREPARAZIONE

• **ALIMENTI**

Nei **3** giorni precedenti l'esame **evitare l'assunzione** di seguenti **alimenti**:

- ✓ fermenti lattici, yogurt con/senza fermenti lattici vivi;
- ✓ latte;
- ✓ tutti i latticini e derivati del latte (panna, besciamella, creme, burro, ecc..);
- ✓ tutti i formaggi derivati da latte animale (mucca, capra, pecora);
- ✓ tutte le preparazioni contenenti latte o derivati come merendine, biscotti, gelati, pane al latte, granuli omeopatici, ecc..;
- ✓ affettati e salumi contenenti lattosio.

Sono consentiti tutti gli alimenti a base di soia, latte di mandorla, di riso.

• **FARMACI**

Nei **5** giorni precedenti l'esame **evitare l'assunzione di lassativi e antibiotici**.

Inoltre astenersi dall'utilizzo di farmaci non essenziali nelle 12 ore precedenti l'esame.

Il giorno dell'esame:

- ✓ potrà continuare ad assumere farmaci "salvavita" come quelli per la pressione e per il cuore, evitando invece l'Eutirox.

Il medico dovrà assicurarsi che il paziente non abbia in corso una diarrea importante.

• **DIETA**

Il giorno prima dell'esame dovrà alimentarsi **esclusivamente** con:

- ✓ **colazione:** libera (sempre evitando gli alimenti di cui sopra)
- ✓ **pranzo:** un piatto di riso bollito condito con poco olio entro le ore 14:30, successivamente astenersi da pasti intermedi
- ✓ **cena:** carne, pesce, hamburger di soia con insalata condito solo con olio e sale (no limone).

Dalle ore 21:00 del giorno precedente l'esame :

- ✓ **dovrà** osservare un digiuno completo e **non dovrà** fumare (potrà bere liberamente acqua non gassata)

La mattina dell'esame:

- ✓ **dovrà** lavare accuratamente i denti come al solito con spazzolino e dentifricio; successivamente eseguire pulizia del cavo orale con collutorio
- ✓ **dovrà** presentarsi a digiuno e senza aver fumato e/o svolto attività fisica

NOTA BENE:

La durata dell'esame **breath test al lattosio** e **breath test al lattulosio** è di 4 ore.

La durata dell'esame **breath test al glucosio** è di 2 ore.

I **pazienti diabetici** non possono eseguire il breath test al glucosio.



ATTENZIONE!

**In caso di preparazione non scrupolosamente eseguita, il personale sanitario
si riserverà di decidere sull'esecuzione o meno dello stesso.**

**Qualora il paziente fosse impossibilitato a sottoporsi all'esame è tenuto a darne comunicazione
almeno 48 ore prima della data prevista al seguente numero telefonico: 0331 476210.**



GENERALITÀ PAZIENTE*(apporre l'etichetta identificativa)**in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti***COGNOME e NOME****DATA e LUOGO di NASCITA***Gentile paziente,**Le chiediamo di compilare il presente documento che dovrà essere riportato il giorno previsto per l'esecuzione dell'esame e consegnare al personale del servizio di Endoscopia.***QUESTIONARIO****1) Chi Le ha consigliato di eseguire il Breath Test al lattosio?**

- Medico Curante
 Medico Specialista
 Scelta individuale

2) Attualmente presenta uno o più di questi disturbi?

- Gonfiore addominale
 Sensazione di immediata ripienezza gastrica
 Diarrea
 Acidità gastrica
 Altro:

3) Nell'ultimo anno ha perso peso?

- No
 Sì *se sì, quanti Kg ed in quanto tempo.....*

4) Ha familiarità per malattie benigne o tumori dell'apparato digerente, del pancreas delle vie biliari o del fegato?

- No
 Sì *se sì, specificare per quale patologia ha familiarità.....*

5) Assume farmaci?

- No
 Sì *se sì, specificare quali.....*

6) Ha eseguito interventi chirurgici?

- No
 Sì *se sì, specificare quali.....*

7) Ha mai eseguito l'esame per la ricerca della malattia celiaca?

- No
 Sì

8) Ha mai eseguito la colonscopia?

- No
 Sì *se sì, specificare per quale motivo.....*

Data/...../.....**Firma Medico per presa visione**.....