

## NORME DI PREPARAZIONE

### BREATH TEST AL LATTULOSIO

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**.....