

CONSENSO INFORMATO BREATH TEST ALL'IDROGENO - INTOLLERANZA AL LATTOSIO

Io sottoscritto/a.....

Cod. Fisc. Nato/a a: il/...../.....

residente a in via

Oppure (per utenti minorenni)

Io sottoscritto/a, _____ nato/a a _____

il ____/____/____

Documento d'identità n° _____

In qualità di: Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentante

SONO STATO INFORMATO/A in merito alla procedura di esecuzione del test e inoltre:

- che il breath test al lattosio è un esame che si esegue sull'espriato e che consente di valutare il malassorbimento del lattosio.
- che durante questo periodo dovrò rimanere nei pressi del laboratorio per circa due ore.
- che è sconsigliato sottoporsi all'esame qualora ci fosse diarrea in atto.
- che l'espriato raccolto durante il test verrà analizzato e i risultati potranno essere ritirati dopo 6 gg.
- che per la corretta esecuzione dell'esame è necessaria un'ideonea preparazione:
- Non assumere fermenti lattici o lassativi nei 3 giorni precedenti l'esame;
- Dalla mezzanotte precedente al test non mangiare e non fumare. Presentarsi quindi a digiuno la mattina dell'esame. Si può assumere acqua non gasata.
- Durante l'effettuazione del test, il paziente, per non alterare la composizione dell'aria espirata, dovrà rispettare le seguenti indicazioni:
 - non mangiare;
 - non fumare;
 - evitare di allontanarsi dal laboratorio e comunque di eseguire qualsiasi attività fisica;
 - è possibile bere acqua naturale (non gasata) in modiche quantità;
 - la somministrazione di lattosio al fine di eseguire il test potrebbe causare la sintomatologia caratteristica dell'intolleranza, ovvero meteorismo, gonfiore addominale, dolore addominale, diarrea, gas e nausea.

PRESO ATTO DI TUTTO CIO', DICHIARO DI NON ESSERE ALLERGICO AL LATTOSIO E IN PIENA COSCIENZA E LIBERTA':

 AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Data _____ Firma del/della paziente _____

Firma dell'operatore _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____ il

____/____/____ REVOCA il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato. Data, _____

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Firma OPERATORE SANITARIO _____