




CURVA DA CARICO DI GLUCOSIO

Raccomandazioni per l'esecuzione della curva da carico di glucosio in sospetto diabete gestazionale

1. L'esame va effettuato al mattino a digiuno da almeno 8 ore e non più di 14);
2. è preferibile che nei tre giorni precedenti l'esame, l'alimentazione non subisca restrizioni e contenga almeno 150 g di carboidrati al giorno;
3. mantenere la consueta attività fisica;
4. l'assunzione di altri farmaci deve essere rimandata fino all'avvenuta effettuazione dell'ultimo prelievo di sangue;
5. in presenza di malattie intercorrenti (influenza, stati febbrili, etc..) e nel corso di patologie acute, nel periodo di convalescenza post interventi chirurgici e nel caso di utilizzo temporaneo di farmaci che potrebbero interferire con la tolleranza al glucosio, si consiglia di rimandare l'esecuzione del test.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL PRELIEVO:

1. Compilazione del consenso informato;
2. valutazione della glicemia basale su un primo prelievo ematico (tempo 0);
3. in caso di glicemia <125 mg/dl, si procede alla somministrazione della soluzione glucosata (75 g di glucosio sciolti in 300 cc di acqua);
4. il tempo di ingestione della dose prevista della soluzione non deve superare i 5 minuti;
5. durante il tempo di esecuzione del test deve essere mantenuto il digiuno, non devono essere assunte bevande zuccherate, occorre rispettare il riposo evitando esercizi fisici o stimoli emotivi che potrebbero interferire con il test, non fumare;
6. esecuzione del secondo e terzo prelievo a distanza rispettivamente di 1h e 2h dall'assunzione della soluzione glucosata.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p>ESECUZIONE CURVA DA CARICO CON GLUCOSIO MOD.39.193.DDC01.20801/PRO.02</p>	<p>Ed 1 Rev 01 15 Luglio 2024</p>
--	---	---

CONSENSO INFORMATO OGGI

Io sottoscritto/a:.....

Genitore/legale rappresentante del paziente

Nato/a ail/...../.....

Dichiaro di essere stato indirizzato al Laboratorio Analisi per l'esecuzione di alcune indagini:

- utili a meglio comprendere la natura di alcuni disturbi accusati e attribuiti in prima ipotesi a un sospetto di malattia da intolleranza ai glucidi/diabetica
- utili a studiare l'evoluzione della malattia da cui sono da tempo affetto
- utili per il controllo della gravidanza

Assunzione di farmaci, allergie riferite:

Dichiaro di aver ricevuto nel corso del colloquio con il Dott/infermiere:

.....

Informazioni dettagliate, chiare ed esaurienti circa la natura dell'esame diagnostico a cui mi devo sottoporre.

Nel corso del colloquio in questione mi sono state illustrate le modalità di esecuzione dell'indagine, che consiste nella somministrazione/assunzione di glucosio, a cui faranno seguito prelievi di sangue ai fini della successiva analisi.

Sono stato, inoltre, informato che a tale esame diagnostico/procedura possono essere connessi alcuni effetti collaterali quali: nausea/vomito, reazioni allergiche ed eccezionalmente broncospasmo causato da allergia a para-idrossibenzoati.

Ho avuto tempo e modo di porre al proposito tutte le domande che ho ritenute opportune e ho ottenuto in merito risposte esaurienti che ho compreso appieno e che mi hanno soddisfatto.

Firma del personale sanitario

.....

Firma del paziente/ legale rappresentante del paziente

.....