



**Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana**

Dipartimento Medicina Clinica

Unità Operativa Gastroenterologia

Unità Operativa Semplice di Dietetica e Nutrizione clinica

Direttore Dott. Alessandro Caroli

Ospedale SS. Giovanni e Paolo, 30122 Venezia tel.0415294379 fax 0415294608

Ospedale dell'Angelo 30174 Venezia-Mestre tel 0419657644 fax 0419657658

[OCME.gastro@ulss12.ve.it](mailto:OCME.gastro@ulss12.ve.it)

## **ISTRUZIONI PER L' ESECUZIONE DI H2 BREATH TEST**

**(Test del respiro per ricerca di intolleranze):**

**LATTOSIO-LATTULOSIO-GLUCOSIO-SACCAROSIO-FRUTTOSIO-D-XILOSIO)**

Per l'esecuzione di questo esame, la preghiamo di seguire queste poche raccomandazioni.

Il non attenersi strettamente ad esse potrà determinare la non riuscita o la impossibilità a interpretare i dati.

L'esame non va fatto se è in corso una importante diarrea, o se essa è regredita da meno di 3 giorni.

Non si devono assumere antibiotici ,clisteri,lassativi nei 7 giorni prima dell'esame.

Il giorno prima dell'esame non si devono mangiare: zucchero di canna ,corn-flakes,derivati del mais in genere,noccioline ,piselli,cibi ricchi di fibre. Bisogna essere a digiuno da 12 ore,consentito solo un po' d'acqua naturale. Non si deve fumare nelle 12 ore prima dell'esame. Bisogna essere svegli da almeno 2ore,non aver fatto sforzi nella mezz'ora prima dell'esame. Non si possono fare sforzi durante l'esame.

L'esame ha lo scopo di ricercare le varie intolleranze :(lattosio-lattulosio-glucosio-fruttosio-d-xilosio- saccarosio). Consiste nel soffiare in un palloncino, poi bere un bicchiere di acqua contenente lo zucchero richiesto per lo specifica ricerca di intolleranza, successivamente, nel soffiare in un palloncino ogni 30 minuti per 4 ore: esclusivamente per il test H2 glucosio, si soffia ogni 15 minuti per 2 ore. Durante tale periodo Lei rimarrà presso il nostro servizio. L'esame durerà circa 4 ore e 30 minuti. Durante l'esame sono possibili episodi di diarrea.

*Questo test viene eseguito solo presso il nostro ambulatorio di Mestre.*

Riporti questo foglio firmato il giorno dell'esame.

Con questa firma lei dichiara di aver compreso cos'è l'esame, e di essere d'accordo a eseguirlo.

Consenso alla esecuzione del test:

Sono stato/a adeguatamente informato/a sul perché si esegue il test in oggetto, sui rischi relativi alla sua esecuzione e sulle possibili conseguenze della non esecuzione .

Ho letto e compreso queste istruzioni. (Qualora avesse quesiti specifici ne parli con il suo medico).

Do il mio consenso alla esecuzione dell'esame e al trattamento dei dati per la refertazione e archiviazione.

Il/la paziente.....Data.....