

OBLASTNÍ NEMOCNICE Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
 nemocnice Středočeského kraje

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S ORÁLNÍM GLUKÓZOVÝM TOLERANČNÍM TESTEM (OGTT, GLYKEMICKÁ KŘIVKA)

Jméno a příjmení pacienta/ky, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



➤ **Vážená paní/ Vážený pane,**

bude Vám proveden orální glukózový toleranční test (OGTT).

Vyšetření se provádí v odběrových střediscích Klinické laboratoře ON Kladno, a.s. ve středu, čtvrtek a pátek v čase mezi 6:00 až 8:00. Čas výkonu si upřesníte s odběrovou sestrou, a to **při objednání:**

Odběrové středisko v CAM – tel.: 312 606 243

Odběrové středisko ulice J. Palacha – tel.: 312 606 533

➤ **Proč toto vyšetření a jeho přínos**

OGTT - Orální glukózový toleranční test (OGTT) je vyšetřovací metoda, která se používá k diagnostice diabetes mellitus (DM, cukrovka), gestačního diabetu (cukrovka v těhotenství) a porušené glukózové tolerance (PGT).

Přínosem je včasné rozpoznání a následné zahájení léčby diabetu.

➤ **Jak je vyšetření provedeno**

Příprava před vyšetřením

3 dny před testem běžné stravovací návyky, obvyklá fyzická námaha. **Před samotným testem je důležité minimálně 8 hodinové lačnění.**

Provedení testu

- Před zátěží Vám bude odebrána žilní krev a odeslána ihned do laboratoře

- Po vyhodnocení glykémie Vám bude podán roztok s 75 g glukózy ve 250 ml vody. Vypijte ho během 10 minut.
- Za 2 hodiny po vypití roztoku Vám bude proveden druhý odběr žilní krve.
- **Během testu neopouštějte odběrové středisko, nepřijímejte žádné tekutiny ani potravu, nekuřte a vyvarujte se fyzické zátěže.**

Celková doba trvání testu je nejméně 2,5 hodiny, prosíme postupujte podle pokynů odběrové sestry, aby vyšetření mělo co nejvyšší informační hodnotu.

Vyšetření je zpracováno v den odběru, výsledek obdrží Váš lékař následující den.

➤ **Možné komplikace**

Po vypití nápoje s glukózou se může vzácně dostavit pocit nevolnosti, nucení na zvracení nebo zvracení či průjem.

V případě jakýchkoli zdravotních potíží ihned uvědomte zdravotnický personál.

Po skončení vyšetření je možné setrvat ještě po dobu další 1 hodiny na odběrovém místě vzhledem k možnému riziku kolapsového stavu v důsledku poklesu hladiny krevního cukru po zátěži.

Je vhodné mít s sebou svačinu, kterou **po skončení** testu sníte.

Tento výkon nemá žádné alternativní řešení.

➤ **Alternativy**

Tento výkon nemá žádné alternativní řešení.

➤ **Možná omezení**

- Po skončení vyšetření je možné setrvat ještě po dobu další 1 hodiny na odběrovém místě vzhledem k možnému riziku kolapsového stavu v důsledku poklesu hladiny krevního cukru po zátěži.
- Po zbytek dne dodržovat klidový režim.

➤ **Souhlas s výkonem**

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě zdravotnický pracovník náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující zdravotní pracovník mě seznámil s možnými riziky a komplikacemi tohoto výkonu. **Rozumím informacím, které mi zdravotnický pracovník poskytl.** Měl/a jsem možnost klást zdravotnickému pracovníkovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením

vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta/ky:

Datum a čas: _____

Prohlašuji, že jsem pacientce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacientka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

Podpis a razítko zdravotnického pracovníka:

Datum a čas: _____

➤ **Otázky a odpovědi**

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.
