

Informovaný souhlas s OGTT (Orální glukózový toleranční test)

Vážená paní, vážený pane

Váš ošetřující lékař Vám naordinoval vyšetření koncentrace glukózy v krvi nalačno a po zátěži glukózou. Toto vyšetření pomůže identifikovat případnou poruchu v metabolismu cukrů a může odhalit onemocnění cukrovkou (diabetes mellitus). Žádáme Vás proto o spolupráci a dodržení níže uvedených pokynů.

Příprava na vyšetření

- jeden až tři dni před vyšetřením konzumujte běžnou stravu bez omezení příjmu cukrů, provozujte běžnou fyzickou aktivitu
- 24 hodin před odběrem nepožívejte alkoholické nápoje (ani pivo!)
- na vyšetření se dostavte v ranních hodinách (nejlépe do 8:00 hod), po 12hodinovém lačnění
- ráno před vyšetřením se napijte neslazeného čaje, nebo čisté vody, po dohodě s lékařem případně vynechejte ráno v den odběru léky, které lze vynechat
- počítejte s tím, že vyšetření bude trvat přes dvě hodiny
- vyšetření se neprovádí při akutním onemocnění, nebo po proběhlém závažnějším onemocnění či operaci (odstup minimálně 6 týdnů)

Průběh vyšetření:

- nalačno Vám sestra odebere jeden vzorek krve ze žíly (loketní jamka)
- po odběru dostanete vypít ochucený sladký nápoj (obsahuje definované množství glukózy), 350 ml nápoje je třeba vypít v průběhu 5-10 minut
- následující dvě hodiny setrvejte v klidu, nepožívejte žádné jídlo, nepijte nápoje, nekuřte, nevzdalujte se během testu z prostor čekárny odběrového centra
- po dvou hodinách Vám sestra odebere druhý vzorek žilní krve (u těhotných žen, je navíc proveden ještě odběr žilní krve po jedné hodině od vypití roztoku)

Výsledek vyšetření Vám sdělí Váš ošetřující lékař.

Upozornění na možná rizika:

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 v čekárně, 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.

Přesné dodržení pokynů je podmínkou vyšetření!

Informovaný souhlas pacienta

Prohlašuji, že jsem byla řádně poučena o vyšetření OGTT a souhlasím s jeho provedením.

Jméno pacienta:

Rodné číslo (číslo pojistěnce):

Datum: Podpis pacienta:

Jméno a podpis odběrové sestry: