

OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO
 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, glykemická křivka). Test je proveden bez objednání a trvá dvě hodiny. Vyšetření je hotovo v den odběru, výsledky obdrží Váš lékař následující den.

➤ **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**

Odběr se provádí nalačno.

- Dostavte se nalačno mezi 6:00 až 8:00 hodinou ráno na odběrové pracoviště při Klinické laboratoři Oblastní nemocnice Kladno.
- Před tímto vyšetřením u Vás nejprve proběhne vyšetření glukometrem (speciální přístroj na měření cukru v krvi) z kapky Vaší krve, který ukáže, zda je možné test provést.
- Bude vám proveden první odběr žilní krve před zátěží.
- Po odběru žilní krve vypijete během 10 minut roztok glukózy (75 g glukózy rozpuštěných ve 300 ml vody nebo velmi slabého čaje).

- Během testu je pacientovi zakázáno přijímat jakékoli tekutiny a potraviny, nesmí kouřit a musí se vyvarovat i jen mírné fyzické zátěže.
- Na druhý odběr žilní krve (za dvě hodiny po vypití roztoku) čekat v prostorách odběrového **pracoviště**. Po druhém odběru žilní krve je test ukončen. **Nevzdalujte se během testu z odběrového pracoviště!**

➤ **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 uveďte 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.

Datum a čas: _____

➤ 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 alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích 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:

➤ Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.

