

MODELLI DI CONSENSO INFORMATO PER BREATH TEST

Documento contenente i moduli di consenso e le note informative per le principali tipologie di Breath Test.

1. Urea Breath Test (Ricerca *Helicobacter Pylori*)

Informativa: Questo esame serve a rilevare la presenza del batterio *Helicobacter pylori* nello stomaco tramite somministrazione di urea marcata con l'isotopo non radioattivo Carbonio-13 (C-13). Il paziente effettuerà un primo campionamento dell'aria espirata, assumerà la soluzione indicata e ripeterà il campionamento dopo circa 30 minuti.

Preparazione obbligatoria:

- Sospendere antibiotici e inibitori della pompa protonica (IPP) nei 14-30 giorni precedenti, e antiacidi nelle 24-48 ore prima (secondo indicazione medica).
- Presentarsi a digiuno da almeno 6 ore. Non fumare la mattina dell'esame.

Consenso: Il sottoscritto dichiara di aver compreso lo scopo dell'esame, le modalità di esecuzione e di aver rispettato i tempi di sospensione dei farmaci.

Data: _____

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico/Operatore:

2. Breath Test al Lattosio (Intolleranza al Lattosio)

Informativa: Il test valuta il malassorbimento del lattosio misurando l'idrogeno e il metano nell'aria espirata a intervalli regolari (ogni 30 minuti per circa 3-4 ore) dopo l'assunzione di un carico di lattosio. Eventuali sintomi durante il test (gonfiore, crampi, diarrea) confermano il deficit di lattasi.

Preparazione obbligatoria:

- Sospendere antibiotici, lassativi e fermenti lattici nei 14 giorni precedenti.
- Il giorno prima evitare fibre, carboidrati complessi e latticini; cenare solo con riso bollito e carne o pesce ai ferri conditi con poco olio.
- Digiuno completo da 12 ore prima dell'esame (ammessa solo acqua naturale). Non fumare o fare sforzi fisici la mattina stessa.

Consenso: Il sottoscritto acconsente all'esecuzione del test ed è consapevole che la somministrazione del substrato potrebbe causare transitori sintomi gastrointestinali correlati all'eventuale intolleranza.

Data: _____

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico/Operatore:

3. Breath Test al Lattulosio / Glucosio (SIBO e Transito Intestinale)

Informativa: Utilizzato per diagnosticare la sovracrescita batterica nel piccolo intestino (SIBO) o alterazioni del tempo di transito oro-cecale. Prevede l'assunzione del rispettivo zucchero e la raccolta di campioni di respiro a intervalli ravvicinati per circa 2-3 ore.

Preparazione obbligatoria:

- Sospendere antibiotici, procinetici e lassativi nelle 2 settimane precedenti.
- Seguire la medesima dieta restrittiva priva di fibre e zuccheri complessi il giorno precedente.
- Digiuno da 12 ore e divieto assoluto di fumo o attività fisica prima dell'esame.

Consenso: Il sottoscritto dichiara di aver compreso le indicazioni cliniche, le modalità del test e autorizza l'esecuzione della procedura.

Data: _____

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico/Operatore:

This is for informational purposes only. For medical advice or diagnosis, consult a professional. AI responses may include mistakes.