Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám naordinoval provedení Orálního Glukózového Tolerančního Testu (OGTT) nebo-li glykemickou křivku. Jedná se o vyšetření koncentrace glukózy v krvi nalačno a po zátěži roztokem glukózy. Vyšetření je hotovo v den odběru. Pro tento test je důležité dodržení všech následujících pokynů pro vyšetření.

**Příprava před testem:**  - jeden až tři dny před provedením testu konzumujte běžnou stravu bez omezení příjmu cukrů, provozujte běžnou fyzickou aktivitu - dostavte se nalačno (lačnění má trvat 10-14 hodin) - minimálně 24 hodin před testem nepijte alkoholické nápoje včetně piva - před testem nekuřte - pouze po dohodě s ošetřujícím lékařem vynechejte ráno před testem léky, které vynechat lze, pravidelně užívané léky užijte v obvyklou dobu, zapijte pouze čistou vodou - test se neprovádí po noční směně, při akutním onemocnění a do 6-ti týdnů po operaci nebo jiném vážnějším onemocnění, při horečnatých stavech či při průjmovém onemocnění - do nemocnice s sebou vezměte vyplněnou žádanku od ošetřujícího lékaře s tímto informovaným souhlasem

**Jak probíhá test:**  - na test se dostavte v ranních hodinách (nejlépe do 8.00) do odběrové místnosti Nemocnice TGM Hodonín, p.o., Purkyňova 11 - počítejte s tím, že celý test trvá cca 2,5 hodiny - PRO TĚHOTNÉ: pro test **v těhotenství** se provádí **tři** žilní odběry - PRO OSTATNÍ: provádí se **dva** žilní odběry - nejprve Vám bude proveden **první** odběr žilní krve pro stanovení koncentrace glukózy nalačno - pokud bude hladina glukózy ve stanovených mezích, půjdete si na pokyn odběrové sestry zakoupit do lékárny naší nemocnice zátěžový nápoj, který obsahuje definované množství glukózy, cena nápoje je cca do 100 Kč - tento nápoj je třeba vypít během 5-10 minut - po vypití nápoje ani v průběhu testu nejezte, nepijte, nežvýkejte, nekuřte - usaďte se v blízkosti odběrového místa a zachovejte tělesný klid - PRO TĚHOTNÉ: za hodinu po dopití nápoje přijďte do odběrové místnosti, bude Vám proveden **druhý** žilní odběr, za další hodinu od tohoto odběru se dostavte na **třetí** žilní odběr, tímto je test ukončen - PRO OSTATNÍ: za dvě hodiny po dopití nápoje opět přijďte do odběrové místnosti, bude Vám proveden **druhý** žilní odběr a test je ukončen **- v případě nejasností se ptejte odběrového pracovníka**

**Rizika, komplikace omezení:**  - po vypití nápoje s glukózou se může vzácně dostavit pocit nevolnosti, nucení na zvracení nebo zvracení či průjem, velmi vzácně může dojít ke kolapsovému stavu => **Z uvedených důvodů se nevzdalujte od odběrového místa! V případě jakýchkoliv potíží ihned uvědomte odběrovou sestru!** - zátěžová dávka glukózy obsahuje kyselinu citrónovou, jste-li alergik, sdělte tuto informaci před provedením testu - máte-li epilepsii, sdělte tuto informaci před provedením testu - po posledním žilním odběru se již můžete najíst i napít

**Kontrolní dotazník:**  \* Nehodící se škrtněte

Jsem podle pokynů nalačno: Ano / Ne \*

Mám akutní onemocnění, užívám antibiotika, mám teplotu, průjem, zvracím:

 Ano / Ne \*

Mám alergii na kyselinu citrónovou, citrusy nebo dezinfekční prostředky např. jód

 Ano / Ne \*

**Souhlas pacienta/zákonného zástupce s výkonem:**  Já níže podepsaný/á pacient/ka tímto prohlašuji, že jsem byla seznámena s průběhem testu OGTT a jeho možných rizicích a komplikacích. Poučení o průběhu testu jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon. 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.

………………………………….. ……………………………………..

 Jméno a příjmení Podpis

**Prohlášení zdravotnického pracovníka, který podal informace o výkonu pacientovi:**  Prohlašuji, že jsem osobně výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval/a o provedení orálního glukózového tolerančního testu, a to včetně upozornění na možné komplikace.

………………………… ………………………. ……...………………

 Jméno a příjmení Podpis Datum