

## Consenso Informato per l'esecuzione della Curva glicemica e/o insulinemica pediatrica

Il/La Signor/a:

nato/a a:

il:

residente in:

### Perchè effettuare la Curva glicemica e/o insulinemica?

La Curva Glicemica o Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT) e la Curva Insulinemica sono esami che si svolgono per diagnosticare il diabete latente o un'eventuale predisposizione ad ammalarti di diabete. I test misurano i livelli di glucosio e/o insulina nel sangue con un prelievo eseguito a digiuno e dopo l'assunzione di una soluzione glucosata per via orale. Questi Test non sono eseguiti se tuo/a figlio/a ha glicemia a digiuno superiore a 126 mg/dl.

### Tempo di permanenza in sede

Dovrai rimanere in sede per tutta la durata dell'esame, circa 2 ore.

### Procedura per il dosaggio del glucosio:

- digiuno dalla sera precedente;
- determinazione con glucometro del livello basale di glucosio su sangue capillare;
- prelievo **venoso basale**;
- somministrazione di 75 gr di glucosio (soluzione glucosata);
- somministrazione, non obbligatoria, di altrettanto volume di acqua in caso di nausea
- prelievo venoso **dopo 120 min.**

### Controindicazioni

Non svolgere questo esame se tuo figlio/a è intollerante al principio attivo o ad uno degli eccipienti della soluzione glucosata.

Ti consigliamo di non svolgere questo esame se tuo figlio/a ha subito un trauma, ha febbre, soffre di gastroenteroanastomosi o è durante il periodo mestruale perché queste situazioni possono interferire con l'assorbimento del glucosio ed annullare il valore diagnostico dell'esame.

Ti informiamo, inoltre, che provvederemo ad interrompere l'esame se la misurazione del glucosio su sangue capillare con glucometro risulti maggiore di 126 mg/dl.

### **Effetti collaterali**

Ti informiamo che l'assunzione di glucosio può causare qualche effetto secondario come la nausea, il vomito, la sonnolenza e la sete.

Questi effetti sono comunemente di lieve entità e di breve durata.

### **Da compilare (a cura del paziente):**

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e adeguato sulle finalità, sulla procedura del Test, sulle controindicazioni e sugli effetti collaterali e di aver ricevuto una risposta adeguata ai quesiti che ho posto.

Pertanto:

- ACCONSENTO** sottoporre mio figlio/a al **Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT)** e/o **Curva Insulinemica**
- NON ACCONSENTO** sottoporre mio figlio/a al **Test da Carico Orale di Glucosio (OGTT)** e/o **Curva Insulinemica**

**Data:** ..... / ..... / .....

**Firma del genitore o tutore legale** .....

**Firma del sanitario che raccoglie il consenso** .....