

**Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce/s orálním glukózovým tolerančním testem (OGTT, glykemická křivka)**

\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení pacienta, datum narození**

\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození**

**Vážená paní, vážený pane,**

bude Vám proveden orální glukózový toleranční test (OGTT, glykemická křivka). **OGTT** - Orální glukózový toleranční test (OGTT) je vyšetřovací metoda, která se používá k diagnostice diabetes mellitus.

**Jak se vyšetření OGTT provádí**

K testu je nutné objednáni na telefonním čísle 311 746 225 denně od 9:00-12:30 hod.

Den před vyšetřením od 21:00 nejezte, nekuřte, smíte se napít pouze neslazené vody. V den vyšetření se dostavte v 7:00 hod. do odběrové místnosti a odevzdejte žádanku na OGTT přímo u sestry do dveří č. 2 spolu s ranní močí a kartičkou pojišťovny. První odběr se provede nalačno, změří se hladina glukózy nalačno, poté pacient vypije komerčně připravený roztok glukózy a posadí se do čekárny. Druhý odběr se provede za 1 hodinu a třetí za 2 hodiny od vypití roztoku. Po celou dobu vyšetření pacient nejí (povoleno je pouze malé množství neslazené vody), nekouří, nežvýká a **je nutné sedět v klidu v čekárně odběrové místnosti** (je zajištěno připojení k wifi v místě čekárny).

**Rizika, komplikace, omezení**

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 na našem oddělení vzhledem k možnému riziku kolapsového stavu v důsledku poklesu hladiny glukózy po zátěži. Je vhodné mít s sebou svačinu, kterou po skončení testu sníte.

**Souhlas s výkonem**

**Já níže podepsaná pacientka /zákonný zástupce** tímto prohlašuji, že mě zdravotnický pracovník srozumitelně informoval a vysvětlil průběh vyšetření. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacím vyšetření. 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 pacientky /zákonného zástupce pacienta:** \_\_\_\_\_

Datum a čas: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem pacientovi (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas s vyšetřením.

**Podpis a razítko zdravotnického pracovníka:** \_\_\_\_\_

Datum a čas: \_\_\_\_\_