

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 objednat 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 kartičkou pojišťovny. První odběr se provede nalačno (těhotné+ostatní pacienti), změří se hladina glukózy nalačno, poté pacient vypije komerčně připravený roztok glukózy a posadí se do čekárny. Druhý odběr se provede za 1 hodinu (pouze těhotné) a třetí za 2 hodiny (těhotné+ostatní pacienti) od vypití roztoku. Po celou dobu vyšetření pacient nejí (povoleno je pouze malé množství neslazené vody), nekouří, nezhváká 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 komplikacích 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: _____