



IRCCS  
Saverio de Bellis

PugliaSalute

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE  
SCIENTIFICO

Ente di Diritto Pubblico D.M. del 31.03.1982  
Sede legale ed operativa: via Turi n.27  
70013 Castellana Grotte (BARI)  
C.F. – P.IVA: 00565330727

UOC Gastroenterologia 2/ UOS Disturbi Funzionali

## INFORMAZIONI PER L'UTENTE

### **NORME PER EFFETTUARE IL TEST DI PERMEABILITÀ GASTRO-INTESTINALE**

E' possibile prenotare il test telefonando ai seguenti numeri: **0804994310- 0804994317** dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

L'esame si esegue in regime di attività libero professionale intramuraria (costo Euro 100,00) con la richiesta bianca del medico curante riportante la seguente dicitura: "**valutazione della permeabilità gastro-intestinale**" Il pagamento può essere effettuato nello stesso giorno di esecuzione del test. Il test dura circa 5 ore.

Affinché il test di permeabilità intestinale non venga falsato, è necessario che ci si attenga a precise norme nei giorni e nelle ore che lo precedono. In particolare si dovrà:

- 4 settimane prima del test:** non assumere antibiotici.
- 2 settimane prima del test:** non assumere farmaci anti secretori, probiotici e prebiotici.  
non assumere lassativi a base di lattulosio.
- 1 settimana prima del test:** non utilizzare farmaci antinfiammatori e aspirina.  
Per le donne in età fertile: il ciclo mestruale deve essere terminato da almeno una settimana.

#### **Il giorno prima del test.**

- Colazione:** non deve prevedere alimenti a base di latte
- Pranzo e cena:** saranno costituiti unicamente da riso bollito e carne e/o pesce alla griglia.  
Non si deve bere birra, vino e liquori. Non si devono assumere alimenti ad alto contenuto di fibre e carboidrati (pane, pasta, verdura, frutta, biscotti, caramelle, cioccolata, prodotti dietetici senza zucchero, gomme da masticare, bibite in genere, gelati e prodotti di pasticceria).  
La cena dovrà essere consumata entro le ore 20.00, dopo è consentita solo l'assunzione di acqua.

- Mattina dell'esame:** Ore 6 - 6.30 svuotare regolarmente la vescica, **a digiuno**, quindi bere due bicchieri di acqua e trattenere le urine fino all'arrivo in laboratorio.

Preparazione zuccheri..... Somministrazione zuccheri ore..... operatore..... Fine test ore..

Per qualsiasi informazione contattare:

Dr. Michele LINSALATA  
Tel.0804994317  
Dr.ssa Benedetta D'ATTOMA  
Tel.0804994310  
e-mail:michele.linsalata@irccsdebellis.it;  
benedetta.dattoma@irccsdebellis.it

## CONSENSO INFORMATO PER TEST DI PERMEABILITÀ GASTRO-INTESTINALE

E' un test non invasivo che si esegue a digiuno e consiste nel:

- raccogliere le urine di base;
- bere una miscela di zuccheri (10 gr di lattulosio, 5 gr di mannitolo, 40 gr di saccarosio);
- raccogliere le urine nelle 5 ore successive all'assunzione degli zuccheri.

Di norma questi zuccheri sono assorbiti in piccole quantità a livello intestinale, non sono metabolizzati e pertanto si ritrovano nelle urine.

Un incremento del valore percentuale di saccarosio recuperato nelle urine, è indicativo di alterazione della mucosa gastrica.

Valori urinari elevati del rapporto Lattulosio/Mannitolo possono indicare la presenza di un'alterazione della permeabilità della parete intestinale e della sua capacità di assorbimento che può riconoscere cause infiammatorie.

Non vi è ragione per ritenere che l'esecuzione del test abbia un effetto dannoso.

Il/La sottoscritto/a..... nato/a..... il .....  
residente a..... in via.....  
C.F..... Tel .....

dichiara:

- di aver accertato con il proprio medico curante di **essere/non essere** affetto da diabete
- di **aver seguito** scrupolosamente le indicazioni circa le norme per effettuare il test.
- di essere consapevole di **non aver effettuato** una adeguata preparazione e che pertanto l'esame non fornirà risultati attendibili, ma di voler ugualmente eseguire il test.

dichiaro di aver letto e compreso il seguente modulo e di aver ricevuto adeguate e chiare informazioni circa i benefici, le possibili complicanze, le alternative (ove presenti) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento la procedura e quindi, in piena coscienza, dichiaro di:

- prestare**  **non prestare**

il mio consenso ad effettuare il test di cui sopra Castellana Grotte lì \_\_\_\_\_

Per accettazione Firma del paziente (o tutor legale)

\_\_\_\_\_

Data e firma del medico

\_\_\_\_\_