**TEST DI DISBIOSI INTESTINALE**

**INFORMAZIONI PER L’UTENTE**

Il test di Disbiosi Intestinale, rileva la presenza nelle urine di due metaboliti del triptofano: Indolo e Scatolo, permettendo di verificare l’eventuale presenza di fenomeni fermentativi e/o putrefattivi al livello intestinale. Livelli elevati di Indicano urinario è indice di disbiosi intestinale a livello dell’intestino tenue, mentre livelli elevati di Scatolo sono indicativi di una disbiosi intestinale a livello del grosso intestino. Livelli elevati di entrambi sono indicativi di un dismicrobismo generalizzato. Questo fenomeno è coinvolto nello sviluppo di diverse patologie, tra cui malattie autoimmuni, malattie infiammatorie croniche intestinali, allergie, intolleranze alimentari, obesità, celiachia, sindrome dell’intestino irritabile, diarrea, gonfiore, meteorismo, stitichezza.

Il test si effettua in regime ALPI (Attività libero professionale intramoenia) e ha un costo di 50,00 Euro.

**NORME DI PREPARAZIONE**

* Nei 7 giorni che precedono l'esame, il paziente deve evitare l'assunzione di cortisonici ed antinfiammatori.
* Almeno 15 giorni prima dell’esecuzione del test, sospendere l’assunzione di antibiotici, probiotici e fermenti lattici.
* **Non prelevare** il campione di urine a ridosso del ciclo mestruale.

**PRELIEVO DEL CAMPIONE**

* Raccogliere un campione di urine del primo mattino nell’apposita provetta per urine acquistabile in farmacia.
* Scrivere sulla provetta nome, cognome e data di nascita.
* Consegnare il campione di urine entro 2 ore dalla raccolta.
* Consegnare il campione di urine entro 2 ore dalla raccolta.

**PRENOTAZIONE E CONSEGNA CAMPIONI**

* L’esame può essere prenotato telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 12.00 alle ore 13.00 ai seguenti numeri telefonici: 0804994310/4994317/4994129. Si concorderà con il personale di laboratorio la data di consegna dei campioni.

|  |
| --- |
| Cognome e nome …………………………………….... nato/a………………………… il ……………residente a………………………………………………. in via………………………………………….C.F.………………………………………………………. Tel ……………………….Castellana Grotte lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del paziente (o tutor legale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data e firma dell’operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edizione 1. Vers. 0.0 del 21/02/2025 Med Bio test Disbiosi |