



AUSL Teramo
Presidio Ospedaliero di ATRI (TE)
Servizio di Diabetologia e M. Metaboliche
Dirigente responsabile: Dr. P. Di Bernardino
Tel. 085/8707293 – 085/8707422 – Fax 085/870478

NOTA DIA 02
Revisione 0
del 20.09.2010
Pag.1 di 1

INFORMAZIONI MEDICHE PER L'ESECUZIONE DI HOLTER GLICEMICO

Gentile Signore/a,

Le è stata proposta l'esecuzione di "holter glicemico".

Affinché sia informata in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'esame che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente, se effettuare o meno l'esame. Resta inteso che potrà chiedere al Medico di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'esame propostoLe.

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'esame è quello di consentire il monitoraggio continuo dei valori glicemici dei fluidi interstiziali del tessuto sottocutaneo.

Esecuzione dell'esame

Dopo detersione e/o tricotomia, viene inserito a livello addominale un catetere connesso a fibra di microdialisi. Tale dispositivo dovrà rimanere in sede per il monitoraggio dei valori glicemici nelle 24 ore. Durante l'esecuzione dell'esame dovranno essere rilevati i valori glicemici mediante reflattometro a domicilio. Non deve avere malattie in atto.

Possibili effetti collaterali

In soggetti in terapia antiaggregante e/o anticoagulante, è possibile una lieve fuoriuscita di sangue nella sede di inserzione dell'ago.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti.

Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune.

L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione.

Per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe.

Grazie per la Sua collaborazione.

La sig/ra _____

ha personalmente ricevuto le informazioni per l'esame dal

Dott./ Dott.ssa _____

Data ____/____/____/

Firma _____