

Preparo de Exame

CURVA GLICÊMICA E/OU INSULINÊMICA

INTERPRETAÇÃO

Avaliação dos níveis circulantes de insulina. Níveis elevados de insulina na presença de concentrações baixas de glicose podem ser indicativos de hiperinsulinismo patológico. Níveis elevados de glicose em pacientes em jejum, com concentrações de glicose normais ou elevadas, e resposta exagerada de insulina e glicose quando da administração exógena de glicose, são características de formas de intolerância à glicose, diabetes mellitus ou outras condições de resistência à insulina. Avaliação dos distúrbios do ouvido interno. Avaliação metabólica do paciente com labirintopatia.

INSTRUÇÃO DE COLETA

O exame compreende dosagens seriadas de glicose e/ou insulina (basal, 30, 60, 90, 120, 180, 240, 300 e 360 minutos após estímulo com 75 gramas de glicose por via oral, ou conforme solicitação médica).

- Este exame é realizado somente com solicitação médica.
- O exame deve ser marcado com antecedência na recepção do Centro Médico ou através da Central de Atendimento ao Cliente pelo telefone: (15) 2102-0800.
- Este exame não é realizado em pacientes pós cirurgia bariátrica.
- Paciente menor de 18 anos, gestantes e idosos devem estar acompanhados de um responsável legal, com documento de identificação de ambos.

Durante 3 dias antes do exame:

- Manter uma dieta habitual, sem restrição de carboidrato (massas, açúcar, doces).
- Manter suas atividades físicas habituais.
- Não ingerir bebida alcoólica até o dia do exame.

Véspera do exame:

- Cliente não poderá tomar laxante.
- Se o cliente apresentar episódio de diarreia nos dois dias que antecedem e no dia da prova, suspender a sua realização e agendar para outra data.

Dia do exame:

- A prova deve ser realizada pela manhã, com jejum de no mínimo 8 horas e no máximo 12 horas.
- Não realizar esforço físico antes da coleta do sangue.

Durante todo o teste:

- Não fumar
- Evitar andar
- A ingestão de qualquer tipo de alimento é proibida durante o exame.

Trazer anotado os medicamentos utilizados nos últimos 7 dias.

HORÁRIO DE COLETA

Segunda à Sexta: É necessário agendamento pelo SAC ou recepção do Centro Médico.

O paciente irá ficar todo o tempo do exame em repouso no laboratório.

IMPORTANTE

Apresentar pedido médico, Carteirinha do convênio, documento com foto (RG ou CNH). Menor de 18 anos deverá estar acompanhado do responsável legal, com documento de identificação de ambos.

PROVAS DE SOBRECARGA – CONSENTIMENTO INFORMADO

Provas de sobrecarga são utilizadas para avaliar a função de uma determinada glândula ou órgão, a qual não pôde ser esclarecida somente através dos exames laboratoriais habitualmente colhidos nas condições basais.

Freqüentemente, estes testes empregam a administração de produtos químicos ou fármacos por via oral.

O uso destes agentes farmacológicos para estes testes é seguro e os protocolos para a realização dos mesmos estão bem estabelecidos na literatura médica, corroborados por uma vasta experiência mundial na prática médica.

A realização desta prova será supervisionada por profissional capacitado e experiente.

Efeitos colaterais inerentes a cada um dos agentes empregados para a prova podem ocorrer ocasionalmente, são de leve intensidade e resolução espontânea.

Um profissional de saúde habilitado acompanhará a prova e, o(a) orientará a respeito das peculiaridades do seu exame e dos possíveis efeitos adversos envolvidos na execução do mesmo.

Eu, _____, declaro que fui orientado a respeito da finalidade, de todos os passos do procedimento e dos riscos envolvidos na realização da prova de sobrecarga: _____ e concordo em realizar o mesmo, conforme solicitado pelo(a) meu(minha) médico(a) particular, para o melhor esclarecimento do meu diagnóstico. Confirmando que fui devidamente esclarecido e que tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas quanto ao exame a ser realizado.
Sorocaba, ____/____/____

Assinatura do cliente ou responsável _____

Declaro que forneci todas as informações necessárias ao paciente a respeito do exame em questão, das indicações, e possíveis efeitos colaterais.

Sorocaba, ____/____/____

Assinatura do Profissional Habilitado. _____

Nº do atendimento: _____