

## Preparo de Exame

### CURVA GLICÊMICA GESTANTE 5 DOSAGENS

#### OUTROS NOMES

CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA

GTT DE 2 HORAS, COM INTERVALOS

TOLERÂNCIA A GLICOSE, TESTE DE (2 HORAS), COM INTERVALOS

CURVA GLICÊMICA PARA GESTANTES

#### INTERPRETAÇÃO

Diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.

#### INSTRUÇÃO DE COLETA

- 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.

Exame Curva Glicêmica: Antes do início do teste, é dosado uma glicose por punção digital através do glicosímetro. Após a 1ª coleta de sangue, o paciente irá ingerir glicose dissolvida em água (gluc up). O exame para adulto e gestante, compreende dosagens seriadas de glicose (basal, 30, 60, 90 e 120 minutos após estímulo com 75 gramas de glicose por via oral, ou conforme solicitação médica). De acordo com a solicitação médica, serão variáveis: o número de amostras de sangue colhidas e o tempo de permanência no Laboratório.

Durante todo o teste: Não fumar, Evitar andar.

A ingestão de qualquer tipo de alimento é proibida durante o exame.

Trazar anotado os medicamentos utilizados nos últimos 7 dias.

#### HORÁRIO DE REALIZAÇÃO

É necessário agendamento pelo SAC ou recepção do Centro Médico

#### 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. Confirmo que fui devidamente esclarecido e que tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas quanto exame 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: \_\_\_\_\_