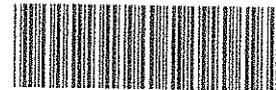


Casa di Cura "Città di Aprilia"

Via Delle Palme, 25 - 04011 Aprilia (LT) - Centralino 06.92707958 - Fax 06.92061268
CUP 06.92704125 - 06.9271825 - www.casadicuracittadiaprilias.it - cdcaprilias@pec.it

Centro Unico di Prenotazione Ambulatoriale

Codice Prenotazione



Foglio di Preparazione

BREATH TEST PER CONTAMINAZIONE BATTERICA INTESTINALE (EXPIROGrowth)

Preparazione del paziente per l'esecuzione del test

Il test va eseguito a digiuno

Nei sette giorni precedenti l'esame il paziente non deve assumere farmaci a base di antibiotici, procinetici, fermenti lattici e lassativi.

Il medico deve assicurarsi che il paziente non abbia in corso una diarrea importante.

Il paziente il giorno prima dell'esame deve alimentarsi esclusivamente con:

COLAZIONE: una tazza di tè

PRANZO: un piatto di riso bollito condito con poco olio

CENA: una bistecca oppure un pesce lesso con insalata

Dalle ore 21:00 del giorno precedente l'esame il paziente DEVE osservare un digiuno completo (può bere liberamente acqua)

Dalle ore 7:00 del giorno dell'esame il paziente DEVE restare a digiuno, non fumare e non deve svolgere attività fisica.

Eeguire sciacqui orali con un collutorio a base di germicida batteriostatico prima di eseguire il test.

NB. DURATA COMPLESSIVA DELL'ESAME ORE 6

BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO