

## JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO WODOROWEGO TESTU ODDECHOWEGO?

### Cztery tygodnie przed testem nie można być poddanym:

- kolonoskopii
- kuracji antybiotykowej
- fluoroskopii jelita cienkiego
- Ileostomii (z wyjątkiem diagnostyki przerostu bakteryjnego jelita cienkiego – SIBO).

### Tydzień przed testem:

- Nie należy przyjmować preparatów ziołowych wspomagających pracę jelit
- Nie należy przyjmować prebiotyków i probiotyków
- Unikać przyjmowania inhibitorów pompy protonowej i antagonistów receptora H2.

### 3 dni przed testem

Pacjent powinien przestrzegać diety. Należy powstrzymać się od przyjmowania:

- warzyw (w tym także kiszonych i marynowanych),
- ziaren i przetworów zbożowych
- mleka i produktów mlecznych
- owoców i przetworów owocowych
- orzechów, nasion i roślin strączkowych

### Można spożywać:

- w małych porcjach: jajka, ryby, mięso (bez przetworzonych produktów np. szynka)
- ryż gotowany na parze (bastmati lub jaśminowy) – do 70g porcja
- komosę ryżową (quinoa)
- słabą kawę i słabą czarną herbatę (gorzką – bez słodzików i mleka,)
- wodę źródlaną, niskozmineralizowaną (niegazowaną)
- oliwę z oliwek, olej kokosowy, masło klarowane
- sól, pieprz

Na 24 godziny przed wykonaniem testu nie wolno palić papierosów.

**12 godzin przed wykonaniem testu** należy zaprzestać przyjmowania pokarmów. Można pić tylko niegazowaną wodę.

**W dniu badania:**

- nie wolno wykonywać wysiłku fizycznego
- nie wolno palić ani spożywać cukierków, żuć gumy
- nie wolno używać kleju do protez
- na dwie godziny przed badaniem można umyć zęby i wyszczotkować język

**Przeciwwskazania bezwzględne do wykonania testu:**

Stwierdzona albo podejrzewana dziedziczna nietolerancja fruktozy (przeciwwskazanie dla testu na tolerancję fruktozy, testu na tolerancję sorbitolu) oraz stwierdzona albo podejrzewana (posiłkowa) hipoglikemia.

**Oświadczenie pacjenta**

Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w formularzu i przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem/pielęgniarką. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, a na wszystkie pytania udzielono mi odpowiedzi oraz wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat proponowanego działania i jego Oświadczenie pacjent wypełnia w obecności pielęgniarki w dniu badania.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pacjenta