



## Identificació i descripció del procediment:

El test consisteix en l'administració de glucosa per via oral i mesurar l'augment de glucèmia durant tres hores. La pacient vindrà en dejú de 10-12 h i dieta rica en carbohidrats (>150 g/dia) els tres dies previs. S'administren 100 g de glucosa oral. La pacient haurà de romandre en repòs. S'extraurà sang en situació basal i a la 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> i 3<sup>a</sup> hora després de l'administració de glucosa.

## Objectiu:

Test de confirmació de la diabetis gestacional que s'ha de fer en les gestants que hagen donat positiu en el test d'O'Sullivan.

## Beneficis:

El diagnòstic de diabetis gestacional s'establix quan dos o més valors són iguals o superiors a 105 mg/dl (basal), 190 mg/dl (1a hora), 165 mg/dl (2a hora) i 145 mg/dl (3a hora). Si només hi ha un valor patològic, cal repetir la prova passades 2-3 setmanes.

## Alternatives raonables al procediment:

No n'hi ha.

## Conseqüències previsibles si es fa:

No produeixen cap conseqüència negativa previsible.

## Conseqüències previsibles si no es fa:

Comportarà que el seu metge responsable no dispose d'informació necessària per al diagnòstic i tractament més oportú de la seua malaltia.

## Riscos freqüents:

El risc més freqüent és tindre nàusees i fins i tot arribar a vomitar, cosa que anul·laria la prova. La part de la punció venosa pot resultar dolorosa o, com a mínim, molesta. Dolor o hematoma en la zona de la punció.

## Riscos poc freqüents:

## Riscos per la situació personal del pacient:

Per la situació vital actual del pacient (diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia...) pot augmentar la freqüència o la gravetat de riscos o complicacions, i per això el risc general és major.

# Test de tolerància oral a la glucosa amb 100 g

## 9. Declaració de consentiment

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

DNI ..... SIP .....

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

En qualitat de (representant legal, familiar o acostat del/de la pacient) .....

....., amb DNI .....

Declare:

Que el/la doctor/a ..... m'ha explicat que és convenient/necessari, en la meua  
situació, la realització de .....

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: ..... DNI .....

Firmat: Dr/a ..... DNI .....

Col·legiat .....

## 10. Revocació del consentiment

Revoque el consentiment donat en data ..... d ..... de 2 ..... , i no vull prosseguir el  
tractament, que considere finalitzat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: el/la metge/essa

Firmat: el/la pacient

Col·legiat .....

