

Gentile Signora, Signor,
per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

Etichetta Dati

Indicazioni: Sospetto di asma bronchiale e/o sospetto di interessamento bronchiale in presenza di una rinite (raffreddore) allergica. Il test tuttavia può risultare positivo anche in altre situazioni, che andrebbero sempre indagate, quali:

- reflusso gastro-esofageo
- bronchite cronica e bronchiectasie
- fumo di sigaretta
- Influenza o altre virosi delle vie respiratorie.

Finalità: il test viene utilizzato per valutare se i bronchi si restringono (broncostimolazione con bronco costrizione) in presenza di uno stimolo: inalazione di dosi crescenti di Metacolina che nel soggetto normale non provoca nulla di particolare. Viene eseguito per valutare quella che comunemente viene chiamata "Iper-reattività bronchiale"

Modalità di esecuzione: dopo una spirometria preliminare, eseguita in condizioni basali, ove il parametro esaminato (FEV1) deve risultare non inferiore all' 80% del teorico, si inizia l' inalazione della Metacolina partendo dalla dose più bassa che, nelle successive inalazioni, viene progressivamente raddoppiata.

Dopo ogni inalazione viene ripetuta la spirometria.

Il test viene interrotto ad una data dose cumulativa allorquando il FEV1 diminuisce del 20 %.

Se negativo il test viene ultimato dopo aver raggiunto la dose cumulativa di Metacolina di 1470 ng.

Controindicazioni assolute all'esecuzione:

- gravidanza presunta o accertata
- broncospasmo in atto
- recente infarto (ultimi tre mesi);
- recente ischemia o emorragia cerebrale (ultimi tre mesi);
- aneurisma arterioso noto;
- grave ipertensione arteriosa;
- epilessia in trattamento farmacologico;
- età inferiore ai 16 anni
- terapia con Cortisonici per bocca in atto o recente (nelle 2 settimane precedenti)
- terapia con Antistaminici in atto o recente (nelle 2 settimane precedenti).

Per i bambini può essere eseguito un esame alternativo in Pediatria.

Preparazione all'esame:

- non assumere nelle 2 ore precedenti bevande a base di caffeina o cioccolato,
- non fumare,
- sospensione di eventuali terapie:

FARMACO	TEMPO DI SOSPENSIONE
agonisti short – acting	6-12 ORE
agonisti long – acting	8 – 10 giorni
Teofillinici	8 – 10 giorni
Anticolinergici	8 – 10 giorni
Antistaminici	8 – 10 giorni
Cromoni	8 – 10 giorni
Steroidi	4 settimane o dosaggio stabile da 4 settimane
Antileucotrieni (<i>Singulair, Lukasm, Montegen, Zafirst, Accolate</i>)	8 – 10 giorni

Nelle 24 ore precedenti non devono essere stati assunti farmaci per via inalatoria con la sola eccezione del Salbutamolo spray (Ventolin, Broncovaleas).

Devono trascorrere almeno 4 ore dall'ultima assunzione di Salbutamolo.

Possibili complicanze: Nei soggetti sensibili al farmaco può comparire un certo grado di difficoltà respiratoria legato all'attività farmacologica della Metacolina che determina una costrizione dei bronchi.

La broncocostrizione viene registrata dalla spirometria e trattata con la pronta inalazione di Salbutamolo. La risoluzione avviene dopo pochi minuti.

Nella maggioranza dei casi il test è ben tollerato.

Possibili alternative diagnostico terapeutiche: misurazione quotidiana del picco di flusso, mattina e sera, per almeno un mese, utilizzando un apparecchio portatile (spirometro), acquistabile in Farmacia.

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione: nessuna, si provvederà a diversa valutazione in base all'evoluzione clinica

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

Data _____

Firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

☐ NON AUTORIZZO data e ora _____

☐ MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____