

**A.S.L. TO3**Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e PineroloSEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.itSEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

080 - Provocazione bronchiale con metacolina ASL TO3

TEST DI BRONCOSTIMOLAZIONE CON METACOLINA - OSPEDALE DI VENARIA

Il test di Broncostimolazione (o test di provocazione bronchiale) con metacolina consiste nell'inalazione di una sostanza (la Metacolina) in dosi crescenti e nella successiva esecuzione delle prove di funzionalità respiratoria al fine di valutare il grado di reattività bronchiale. Il test, se correttamente eseguito, è sicuro.

Bisogna peraltro tener conto dei fattori che possono interferire con la prova diagnostica come infezioni respiratorie recenti, fumo di sigaretta nelle due ore precedenti l'esecuzione e farmaci assunti.

Quali unici effetti collaterali, comparsi dopo provocazione con metacolina ad alte dosi, sono da segnalare irritazione alla gola, tosse, senso di dispnea (difficoltà a respirare), prurito, cefalea, senso di stordimento, arrossamento cutaneo.

ATTENZIONE: il test di provocazione bronchiale con metacolina è controindicato in caso di gravidanza.

INDICAZIONI PER I PAZIENTI

- Sospendere almeno 7 giorni prima sia gli steroidi topici, sia i cromoni, gli antistaminici, le teofilline ed il chetotifene.
- Sospendere 24 ore prima i betastimolanti a lunga durata di azione (salmeterolo e formoterolo)
- Sospendere 12 ore prima il salbutamolo (betastimolante)
- Sospendere 1 giorno prima i farmaci antiasmatici
- Evitare assunzione di farmaci beta bloccanti e/o ACE inibitori

In caso di dubbi relativi ai farmaci in uso, rivolgersi al proprio medico curante.

DOCUMENTAZIONE DA PORTARE

- Radiografie del torace e radiografie eseguite antecedentemente se effettuate.
- Prove di funzionalità respiratoria.
- Documentazione di ricoveri.
- Esami del sangue se effettuati.
- Medicinali che si assumono attualmente.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto, dopo aver letto quanto sopra ed essendo anche stato informato esaurientemente e chiaramente dal Medico Dott., su principi, modalità di esecuzione, scopi ed eventuali effetti collaterali indesiderati della prova diagnostica in oggetto, acconsento a sottopormi a tale esame. Confermo inoltre di essere al corrente di dover osservare alcune norme prudenziali sia prima che dopo l'esecuzione della prova ed in particolare di dovermi trattenere in ambulatorio per almeno 30 (trenta) minuti dopo l'esecuzione della prova, sollevando da ogni responsabilità i Medici nel caso dovessi allontanarmi senza rispettare la prescrizione del necessario periodo di osservazione e le norme di cautela suddette.

Firma del paziente

Firma del medico

Azienda con Sistema di Gestione Certificato
da CERMET secondo la norma Uni EN ISO 9001:2008ASL TO 3 – OSPEDALE VENARIA
Piazza Annunziata n. 4