

## Test de Glucosa y/o Insulina Pre y Postprandial

Estimado(a) paciente:

Su médico tratante le solicitó el examen de test de glucosa y/o insulina pre y postprandial.

Para la correcta interpretación de los resultados, es fundamental que lea cuidadosamente y comprenda las instrucciones que se explican a continuación.

### INDICACIONES

#### Antes del examen

- La prueba se realiza con ayuno de al menos 8 horas y máximo 12 horas.
- Para la realización de este examen, usted debe disponer de al menos 2 a 3 horas en la Unidad de Toma de Muestras del Laboratorio Clínico, por lo cual se le recomienda planificar sus actividades del día.
- La prueba considera 2 o más punciones venosas para obtener muestras de sangre, según lo indicado por su médico tratante.
- Cuando se mide respuesta insulínica, la toma de muestra se puede realizar hasta las 12:00 hrs.

#### Recolección de la muestra basal

- Es realizada por un profesional, en la Unidad de Toma de Muestras del Laboratorio Clínico.
- Se tomará una muestra de sangre basal (antes de ingerir alimentos) con ayuno de 8 horas.
- A continuación, debe ingerir su desayuno habitual o sugerido. Una vez terminado su desayuno, avise inmediatamente a la persona que lo atendió para contabilizar el tiempo (2 horas).
- Para este examen es necesario traer o comprar el siguiente desayuno: 1 taza de café o té + 1 pan con mermelada y mantequilla o 1 pan con margarina, jamón y queso. Si es diabético, tome su desayuno habitual.
- Permanezca en reposo en la sala de espera de La Unidad de Toma de Muestras.

#### Recolección de muestra postprandial

- Ingiera su desayuno habitual o sugerido. Una vez terminado su desayuno, repose y contabilice el tiempo (2 horas), y concurra al Laboratorio Clínico para que le tomen las muestras de sangre correspondientes (postprandial).

**Durante el examen:**

- No ingiera alimentos. Sólo se acepta un sorbo de agua si fuera necesario.
- No fume.
- Si usted siente mareos, náuseas u otro malestar, avise al personal de la Unidad de Toma de Muestras.

**Entrega del resultado**

- 1 día hábil.

**Consentimiento informado**

Fecha: \_\_\_\_\_

Declaro que he sido debidamente informado por parte del personal de la Unidad de Toma de Muestras de las indicaciones previas a la realización del examen.

Además declaro que durante el examen no he presentado mareos, náuseas u otro malestar, y que después de su realización me retiro sintiéndome bien en mi estado de salud general.

\_\_\_\_\_  
Firma profesional responsable toma  
de muestra

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

**CONTACTO**

**Horario de atención:** Lunes a viernes de 07:30 a 16:30 horas. Sábados de 08:00 a 13:00 horas.

**Ubicación:** Edificio Sur, piso 1. | **Teléfono:** 2 2420 5195.