

## Lista de verificación de preparación a la prueba de aliento para la detección de H<sub>2</sub>/CH<sub>4</sub>

Para la realización de esta prueba es imprescindible haber realizado una correcta preparación. Por favor, cumplimente este cuestionario para que su profesional sanitario

pueda evaluar los resultados correctamente.

**SI**    **NO**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1.</b> ¿Ha tomado antibióticos en las últimas 4 semanas?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2.</b> ¿Ha tomado laxantes osmóticos o se ha aplicado enemas de limpieza en las últimas 4 semanas?                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3.</b> ¿Ha sido sometido a una endoscopia que haya requerido limpieza intestinal en las últimas 4 semanas?                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4.</b> ¿Ha tomado probióticos (suplementos) o alimentos probióticos en las últimas 2 semanas?                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5.</b> ¿Ha tomado laxantes o fármacos procinéticos en la última semana?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>6.</b> Ayer, ¿ha realizado la dieta baja en FODMAP durante todo el día?<br>Indique qué alimentos consumió durante el día: |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>7.</b> Ayer, ¿tomó algún medicamento? En caso afirmativo, indique cuál/es:  |
|                          |                          | _____  |
|                          |                          | _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8.</b> ¿Se encuentra en ayunas desde, al menos, hace 8 horas?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>9.</b> ¿Ha utilizado pasta dental o colutorio hoy, antes de la prueba?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>10.</b> ¿Ha fumado o realizado ejercicio físico hoy, antes de la prueba?  |