

RYAN CRENSHAW, M.D.

Instrucciones para la colonoscopia con MiraLax / Gatorade/ Dulcolax

Lea este paquete, en su totalidad, al menos 2 semanas antes de su procedimiento. Si no sigue las instrucciones y el procedimiento debe cancelarse, se le cobrará la tarifa de cancelación.

Si necesita cancelar su procedimiento, infórmenos al menos 5 días laborales antes del procedimiento. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$ 250.00.

Recibirá una llamada de confirmación de nuestro personal de oficina al menos 5 días antes de su procedimiento programado. Todos los procedimientos deben ser confirmados para permanecer en el cronograma. Si no recibe una llamada de nuestra oficina, comuníquese con nosotros al 703-444-4799.

Si toma anticoagulantes como Aspirina, Plavix, Xarelto o Coumadin, el Dr. Crenshaw puede recomendar que no tome estos medicamentos entre 2 y 8 días antes de su procedimiento, dependiendo del agente que esté tomando.

Pacientes que toman Coumadin (warfarina): si lo aprueba el médico que prescribe (es decir, cardiólogo, neurólogo o proveedor de atención primaria), se le pedirá que deje de tomar Coumadin 5 días antes de su (s) procedimiento (s). También se le pedirá que obtenga una prueba de sangre PT / INR, PTT el día anterior a su (s) procedimiento (s). Si no recibió un pedido para este análisis de sangre, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799. El Dr. Crenshaw le indicará la fecha para reiniciar Coumadin (warfarina) el día de su (s) procedimiento (s).

Pacientes que toman Plavix (clopidogrel): si lo aprueba el médico que prescribe (es decir, cardiólogo, neurólogo o proveedor de atención primaria), se le pedirá que suspenda Plavix (clopidogrel) 7 días antes de su procedimiento (s). El Dr. Crenshaw le indicará la fecha para reiniciar Plavix (Clopidogrel) el día de su (s) procedimiento (s).

Pacientes que toman aspirina: asegúrese de que una de las dos líneas esté marcada a continuación. Si no es así, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799.

_____ Continúe tomando aspirina, 81 mg o 325 mg, todos los días, incluido el día de la colonoscopia.

_____ Deje de tomar aspirina, 81 mg o 325 mg, 8 días antes de la colonoscopia.

Cualquier paciente que deje de tomar Aspirina, Plavix, Coumadin o cualquier otro anticoagulante debe comunicarse con el médico que prescribe (médico de atención primaria o cardiólogo) para confirmar que es aceptable suspender este medicamento durante el período de tiempo recomendado. Puede tomar Tylenol si es necesario. No tome ningún otro medicamento o producto que pueda diluir la sangre, como ibuprofeno, Motrin, Advil, Aleve, vitamina E y / o pastillas de ajo 8 días antes del procedimiento (s).

Se recomienda encarecidamente que tome sus medicamentos para las enfermedades cardíacas, la presión arterial alta y el asma todos los días, incluido el día de su procedimiento. Si toma algún medicamento alrededor del momento en que está tomando una dosis del laxante para prepararse para su colonoscopia, tome primero el laxante y luego el medicamento. **Cuando tome medicamentos el día de su procedimiento, los medicamentos deben tomarse al menos 4 horas antes de la hora del procedimiento con agua. 4 horas antes del procedimiento, debe dejar de consumir líquidos, dejar de tomar medicamentos y no tomar nada por vía oral hasta que se haya completado el procedimiento.** Todos los demás medicamentos deben llevarse al hospital para tomarlos después del procedimiento.

Si está tomando medicamentos para la diabetes, consulte con el proveedor médico que está controlando su diabetes para informarle que se le está pidiendo que cambie su dieta en preparación para la colonoscopia. Pregúntele a este proveedor cómo debe cambiar su régimen de medicamentos para la diabetes para reducir el riesgo de que su nivel de azúcar en sangre baje demasiado o suba demasiado durante la preparación para el procedimiento.

Necesitará que alguien lo lleve a su casa desde el hospital o centro quirúrgico después de su procedimiento. No debe conducir hasta el día siguiente.

Instrucciones de preparación con MiraLax / Gatorade

Precaución: Esta preparación debe usarse con precaución y puede estar contraindicada en pacientes con las siguientes condiciones: insuficiencia renal o compromiso de la función renal, anomalías electrolíticas no corregidas, arritmias cardíacas, antecedentes de convulsiones, deterioro del reflejo nauseoso, retención gástrica, obstrucción gastrointestinal y / o colitis ulcerosa grave. Si tiene alguna de estas condiciones, llame a la oficina para confirmar que esta preparación es adecuada para usted.

Cinco días antes del procedimiento: NO ingiera alimentos que contengan semillas, maíz, nueces, pimienta negra, lechuga, vegetales crudos, frutas con semillas o piel, ya que pueden ser difíciles de lavar del colon. No consuma aceite de pescado, aceite de krill, aceite de limón ni ningún suplemento o alimento que contenga una cantidad significativa de aceite, como las patatas fritas.

El día anterior a su procedimiento, tendrá una dieta de líquidos claros (sin alimentos sólidos, excepto gelatina) durante todo el día, comenzando con el desayuno. El día antes de la colonoscopia, cuantos más líquidos claros consuma, mejor para su preparación. Además, una hidratación adecuada reducirá el riesgo de desarrollar dolores de cabeza, aturdimiento y mareos que pueden ocurrir durante la preparación.

También es importante variar los líquidos que consume. NO se limite a beber agua únicamente. Asegúrese de consumir líquidos con sal, como caldo de sopa. Y líquidos con carbohidratos / azúcares como jugo de manzana. Al variar los líquidos consumidos, reduce el riesgo de desarrollar anomalías en los electrolitos, como niveles bajos de sodio. **Evite cualquier alimento o bebida que contenga colorantes rojos o morados.**

MENÚ PARA UNA DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS

<u>Desayuno</u>	<u>Almuerzo</u>	<u>Cena</u>
Jugo de arándano blanco	Caldo de pollo	Caldo de pollo
Postre de gelatina	Jugo de manzana	Jugo de uva blanca
Té / café (sin leche)	Sprite, 7up, Ginger Ale	Postre de gelatina
Gatorade o bebidas similares	Helado con sabor a frutas	Sprite, 7up, Ginger Ale
	Té / café (sin leche)	Té / café (sin leche)

Deberá comprar lo siguiente para su preparación: Todos los medicamentos están disponibles sin receta.

Una botella de MiraLax (238 gramos)

Cuatro tabletas de Dulcolax

Una botella de 64 onzas de Gatorade (que no sea de color rojo ni morado)

Día antes de su procedimiento: A las 3 pm: Tome 2 tabletas de Dulcolax con un vaso de agua de 8 onzas.

A las 6 pm: Mezcle toda la botella de MiraLax con la botella de 64 onzas de Gatorade. Luego beba un vaso de 8 onzas de la mezcla cada 10 a 15 minutos hasta que termine el 50%, que es igual a 32 onzas, de la preparación. Luego refrigere las 32 onzas restantes de preparación.

A las 9 pm: Tome 2 tabletas de Dulcolax con un vaso de agua de 8 onzas.

Día de su procedimiento: 7 horas antes de la hora programada para su procedimiento, consuma las 32 onzas restantes de la preparación de MiraLax / Gatorade. Trate de consumir 8 onzas cada 10 minutos para completar 5 horas antes de la hora programada del procedimiento. (Por ejemplo, si su procedimiento es a las 12 P.M., Comience a beber la dosis de la preparación de MiraLax / Gatorade a las 5 A.M. Para terminar a las 7 A.M.).

Después de completar la preparación de MiraLax / Gatorade, puede consumir hasta 24 onzas de líquidos claros durante los próximos 60 minutos. Debe terminar con los líquidos claros 4 horas antes de la hora programada para el procedimiento. **Tenga en cuenta que consumir líquidos o medicamentos demasiado cerca de la hora del procedimiento puede retrasar o cancelar su procedimiento. No consuma ningún líquido o medicamento por vía oral durante 4 horas antes de la hora del procedimiento.**

En promedio, sus evacuaciones intestinales deben ser claras (claras = amarillas o blancas sin material sólido o granular) 3 horas después de que termine de beber la preparación de MiraLax / Gatorade. Sin embargo, pueden ocurrir retrasos en el inicio de las deposiciones y / o aclarar varias horas después de completar la solución. **Si no está despejado 5 horas antes de la hora**

del procedimiento, llame a nuestra oficina y, si se le reenvía al correo de voz, siga las instrucciones para comunicarse con el médico de guardia.

La hinchazón y / o las náuseas son comunes después de los primeros vasos debido al gran volumen de líquido que se ingiere. Esto es temporal y debería desaparecer una vez que comiencen las deposiciones. Es posible que sienta un escalofrío mientras continúa bebiendo la preparación, pero esto pasará.

Si no puede completar y / o tolerar la preparación de MiraLax / Gatorade/ Dulcolax, siga estas instrucciones:

Compre lo siguiente (no se necesita receta médica) y comience esta preparación media hora después del último vaso de MiraLax con Gatorade.

- Una botella de citrato de magnesio
- Una botella de Fleet Enema (**Sin aceite mineral o otro tipo de aceite**)

Beba una botella de citrato de magnesio. Espere 2 horas, y si sus deposiciones no son claras, proceda con un Fleet Enema de la siguiente manera:

1. Aplique un Fleet Enema (**Sin aceite mineral o otro tipo de aceite**) por recto y espere 30 minutos.
2. Si sus evacuaciones intestinales aún no son claras, llene la botella de enema vacía con agua tibia del grifo. Luego, aplique un enema de agua tibia por recto cada 30 minutos hasta que se aclare. NO exceda un total de 4 enemas.

Si aún encuentra dificultades significativas con su preparación, comuníquese con nuestra oficina al 703-444-4799.

RYAN P. CRENSHAW, M.D.

21135 WHITFIELD PLACE, SUITE 102, STERLING, VA 20165 (703) 444-4799

SOLICITUD / CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, consiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "Practicante") a realizar los siguientes procedimientos junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: colonoscopia, posible biopsia, riesgo de alergia a medicamentos, sobre sedación, aspiración, se ha explicado el sangrado, la perforación y la necesidad de cirugía. El practicante me ha informado que existe una pequeña posibilidad de que falten lesiones en (el "Paciente"):

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

2. Se me ha explicado claramente que durante el curso de esta operación pueden presentarse algunas otras condiciones que no se esperaban. Reconozco que si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo que se especificó en el párrafo # 1 anterior. Por lo tanto, autorizo y solicito que el Médico antes mencionado y sus asistentes quirúrgicos realicen los procedimientos quirúrgicos que, según su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de curar y / o diagnosticar. Esto incluye, entre otros, patología y radiología. Además, autorizo al Anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que crea que está indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal a cargo crea que es necesario.

3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, está acompañada de algún grado de riesgo y que no hay cura garantizada.

4. La naturaleza de mi condición (o la del paciente), la naturaleza del procedimiento (s) enumerados en el párrafo # 1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra opción disponible para mí (o el paciente), si las hubiera, han sido me explicó el practicante. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a esa explicación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

5. Soy consciente de la "Política de cancelación" y entiendo que seré responsable de pagar una tarifa de \$ 250.00 si no se notifica al menos 5 días hábiles antes de la fecha programada para el procedimiento.

6. Si su procedimiento se cancela debido al incumplimiento de las instrucciones verbales y escritas dadas (por ejemplo, no cumplir con la dieta de líquidos claros el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.

7. Es responsabilidad del paciente comunicarse con su proveedor de seguros para verificar la cobertura de los procedimientos solicitados, así como obtener las derivaciones necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina de inmediato si su proveedor de seguro cambia; de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cargo por los procedimientos solicitados.

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado personalmente, en términos no técnicos, el procedimiento propuesto al paciente y / o familiar / tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento y cualquier alternativa.

Firma del médico

Fecha

Copia para el paciente Miralax/Gatorade

RYAN P. CRENSHAW, M.D.

21135 WHITFIELD PLACE, SUITE 102, STERLING, VA 20165 (703) 444-4799

SOLICITUD / CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, consiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "Practicante") a realizar los siguientes procedimientos junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: colonoscopia, posible biopsia, riesgo de alergia a medicamentos, sobre sedación, aspiración, se ha explicado el sangrado, la perforación y la necesidad de cirugía. El practicante me ha informado que existe una pequeña posibilidad de que falten lesiones en (el "Paciente"):

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

2. Se me ha explicado claramente que durante el curso de esta operación pueden presentarse algunas otras condiciones que no se esperaban. Reconozco que si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo que se especificó en el párrafo # 1 anterior. Por lo tanto, autorizo y solicito que el Médico antes mencionado y sus asistentes quirúrgicos realicen los procedimientos quirúrgicos que, según su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de curar y / o diagnosticar. Esto incluye, entre otros, patología y radiología. Además, autorizo al Anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que crea que está indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal a cargo crea que es necesario.

3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, está acompañada de algún grado de riesgo y que no hay cura garantizada.

4. La naturaleza de mi condición (o la del paciente), la naturaleza del procedimiento (s) enumerados en el párrafo # 1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra opción disponible para mí (o el paciente), si las hubiera, han sido me explicó el practicante. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a esa explicación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

5. Soy consciente de la "Política de cancelación" y entiendo que seré responsable de pagar una tarifa de \$ 250.00 si no se notifica al menos 5 días hábiles antes de la fecha programada para el procedimiento.

6. Si su procedimiento se cancela debido al incumplimiento de las instrucciones verbales y escritas dadas (por ejemplo, no cumplir con la dieta de líquidos claros el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.

7. Es responsabilidad del paciente comunicarse con su proveedor de seguros para verificar la cobertura de los procedimientos solicitados, así como obtener las derivaciones necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina de inmediato si su proveedor de seguro cambia; de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cargo por los procedimientos solicitados.

_____	_____	_____	_____
Firma del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha
_____	_____		
Firma del padre / tutor	Fecha		

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado personalmente, en términos no técnicos, el procedimiento propuesto al paciente y / o familiar / tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento y cualquier alternativa.

_____	_____
Firma del médico	Fecha