

RYAN CRENSHAW, M.D.
Instrucciones para la colonoscopia con SuPrep

Por favor, lea Este paquete, en su totalidad, al menos 2 semanas antes de su procedimiento. Si no sigue las instrucciones y el procedimiento tiene que cancelarse, se cobrará el cargo por cancelación.

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

Usted recibirá una llamada de confirmación de nuestro personal de la oficina al menos 5 días antes de su procedimiento programado(s). todos los procedimientos deben confirmarse para poder permanecer en el horario. Si no recibe una llamada de nuestra oficina, póngase en contacto con nosotros al 703-444-4799.

Si toma anticoagulantes como aspirina, Plavix, Xarelto o Coumadin, el Dr. Crenshaw puede recomendarle que sostenga estos medicamentos desde 2-8 días antes del procedimiento, dependiendo del agente que esté tomando.

Pacientes con Coumadin (warfarina): si es aprobado por el médico prescriptor (es decir, cardiólogo, neurólogo o proveedor de atención primaria), se le solicitará que detenga el Coumadin 5 días antes de su (s) procedimiento (s). También se le pedirá que obtenga un PT/INR, PTT examen de sangre el día anterior a su procedimiento (s). Si no recibió una orden para este análisis de sangre, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799. El Dr. Crenshaw le instruirá acerca de la fecha para reiniciar Coumadin (warfarina) el día de su procedimiento (s).

Pacientes con Plavix (clopidogrel): si es aprobado por el médico prescriptor (es decir, cardiólogo, neurólogo o proveedor de atención primaria), se le solicitará que detenga el medicamento 7 días antes de su (s) procedimiento (s). El Dr. Crenshaw le instruirá sobre la fecha para reiniciar Plavix (clopidogrel) el día de su procedimiento (s).

Pacientes que toman aspirina: por favor, asegúrese de que una de las dos líneas está marcada abajo. Si no, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799.

- Por favor continúe de tomar aspirina, 81 mg o 325 mg, todos los días, incluyendo el día de la colonoscopia.
- Por favor para 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 ponerse en contacto con el médico prescriptor (médico de atención primaria o cardiólogo) para confirmar que es aceptable suspender este medicamento (s) para el recomendado período de tiempo. Usted puede tomar Tylenol si es necesario. Por favor, no tome ningún otro medicamento o productos que pueden 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 su medicamento para enfermedades del corazón, presión arterial alta y asma la mañana de su procedimiento. Por favor, tómelos 4 horas antes de su procedimiento con agua. Todos los demás medicamentos deben ser llevados al hospital para ser tomados después del procedimiento.

Si está tomando medicamentos para la diabetes, consulte con el proveedor de atención médica que está administrando su diabetes para informarle que se le pide que cambie su dieta en preparación para la colonoscopia. Por favor pregunte a este proveedor cómo debe cambiar su régimen de medicación para la diabetes para reducir el riesgo de que sus niveles de azúcar se conviertan demasiado bajo o demasiado alto durante su preparación para el procedimiento.

Necesitarás a alguien que te lleve a casa desde el centro quirúrgico, después del procedimiento. No debe conducir hasta el día siguiente.

Instrucciones de preparación para SuPrep
(Sulfato de sodio, sulfato de potasio y sulfato de magnesio)

PRECAUCIÓN: esta preparación debe utilizarse con precaución y puede estar contraindicada en pacientes con las siguientes enfermedades: insuficiencia renal o compromiso en la función renal, arritmias cardíacas, antecedentes de convulsiones, deterioro de la mordaza, colitis ulcerosa severa, regurgitación esofágica y/o gota. Si usted tiene cualquiera de estas condiciones, por favor llame a la oficina para confirmar que esta preparación es apropiada para usted.

Cinco días antes del procedimiento: No coma alimentos que contengan semillas, maíz, nueces, pimienta negra, lechuga, verduras crudas, frutas con semillas o piel, ya que pueden ser difíciles de lavarse del colon. Por favor, no tome aceite de pescado, aceite de krill o cualquier suplementos o alimentos que contengan una cantidad significativa de aceite.

El día anterior a su procedimiento, usted estará en una dieta líquida clara (sin alimentos sólidos, excepto por Gelatina) durante todo el día, comenzando con su comida para desayunar. **Por favor, evite cualquier producto de comida o bebida que contenga colorante rojo o púrpura.**

MENÚ PARA DIETA DE LÍQUIDOS TRANSPARENTE

Desayuno

Jugo de uva blanca
Postre de gelatina
Té/café (sin leche)
Gatorade o bebidas de deportes similares

Almuerzo

Caldo de pollo
Jugo de manzana
Sprite, 7UP, Ginger Ale
El hielo con sabor a frutas
Té/café (sin leche)

Cena

Caldo de pollo
Jugo de uva blanca
Postre de gelatina
Sprite, 7UP, Ginger Ale
Té/café (sin leche)

MEDICAMENTO SUPREP

NO SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS EN LA CAJA SUPREP QUE CONTENGAN LA BOTELLAS DE MEDICINA. SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS A CONTINUACIÓN
Ambas botellas de 6 onzas son necesarias para una preparación completa.

PRIMERA DOSIS: Un día antes del procedimiento, a las 6:00 PM, complete los pasos 1 y 2.

Paso 1 — Vierta una botella de 6 onzas de SuPrep líquido en el recipiente de mezcla y añada agua potable fresca a la línea de 16 onzas en el recipiente y mezclar. Beba todo el líquido en el recipiente dentro de una hora. Si necesita tomar algún medicamento alrededor de este tiempo, por favor tome la dosis de Suprep primero, luego toma tu medicación.

Paso 2 — Usted debe beber 2 recipientes más de 16 onzas de agua durante la próxima hora. A continuación, puede seguir consumiendo líquidos claros enumerados anteriormente.

SEGUNDA DOSIS: Día de el Procedimiento: Por favor, comience 6 horas antes de su tiempo de procedimiento.

Paso 3 — Repita pasos 1 y 2 como se ha escrito anteriormente. **Debe terminar de beber el vaso de agua final al menos 4 horas antes del procedimiento.** Si necesita tomar algún medicamento alrededor de este tiempo, por favor tome la dosis de Suprep primero, luego toma tu medicación.

En promedio, sus deposiciones deben ser claras (claro = líquido amarillo o blanco sin sólido o material granular) 3 horas después de terminar de beber la solución. Sin embargo, los retrasos en la aparición de las evacuaciones intestinales y/o en la claridad pueden ocurrir varias horas después de completar la solución. **Si no está claro a las 2 horas después de tomar la segunda dosis el día de su procedimiento, por favor Siga las instrucciones de la página siguiente.**

Si usted no puede completar y/o tolerar la preparación para la colonoscopia, por favor siga estas instrucciones:

Compre lo siguiente (sin prescripción necesaria) y comience esta preparación 1/2 hora después del último vaso de solución tomada.

- Una botella de citrato de magnesio
- Una botella de enema de flota (**Sin aceite mineral o otro tipo de aceite**)

Beba una botella de citrato de magnesio. Espere 2 horas. Si sus deposiciones no están claras o no podría tolerar el citrato de magnesio, a continuación, proceder con el enema de la flota de la siguiente manera:

1. Aplica un enema de flota (**Sin aceite mineral o otro tipo de aceite**) por recto y espera 30 minutos.
2. Si sus deposiciones aún no están claras, llene la misma botella de enema con agua tibia del grifo. A continuación, administre el enema de agua tibia cada 30 minutos hasta que tenga deposiciones que consisten en líquido claro amarillo o blanco claro. NO exceda más de 4 enemas.

Si usted todavía encuentra dificultades significativas con su preparación, por favor póngase en contacto con nuestra oficina al (703) 444-4799. Si se le reenvía al correo de voz, siga las instrucciones para comunicarse con el médico de la llamada.

SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, consiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "practicante") a realizar el siguiente procedimiento (s) junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: Colonoscopia, Pobiopsia plano, riesgo de alergia a medicamentos, sobre sedación, aspiración, sangrado, perforación, y la necesidad de cirugía se ha explicado. El practicante me ha aconsejado que hay una pequeña posibilidad de desaparecidos lesiones (el "paciente"):

Por favor imprima su nombre: _____

2. Se me ha explicado claramente que durante el transcurso de esta operación algunas otras condiciones que no se han esperado pueden presentarse. Reconozco, que, si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo que se especificó en el párrafo #1 supra. Por lo tanto, autorizo y solicito que el Practicante Y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que en su mejor juicio profesional será eficaz en su intento de sanar y/o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además autorizo al anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que sientan que es Indicado Y autorizar el uso de transfusión de sangre (s) cuando el personal se sienta requerido.
3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, se acompaña de un cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
4. La naturaleza de mi (o del paciente) condición, la naturaleza del procedimiento (s) enumerados en el párrafo #1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra elección está disponible para mí (o el paciente), si lo hubiera, me han explicado por 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 contestadas satisfactoriamente.
5. Soy consciente de la "política de cancelación" y entiendo que voy a ser responsable de una tarifa de \$250.00 si el aviso no se proporciona al menos 5 días laborables 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 líquida clara el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.
7. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro proveedor para comprobar la cobertura de los procedimientos solicitados, así como la obtención de las referencias necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina inmediatamente si su seguro proveedor cambia, de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cambio para el procedimiento solicitado (s).

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado personalmente, en ningúnn-términos técnicos, el procedimiento propuesto al paciente, y/o pariente/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

Firma del médico

Fecha

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 el siguiente procedimiento (s) junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: Colonoscopia, Pobiopsia plano, riesgo de alergia a medicamentos, sobre sedación, aspiración, sangrado, Perforación, y la necesidad de cirugía se ha explicado. El practicante me ha aconsejado que hay una pequeña posibilidad de desaparecidos lesiones (el "paciente"):

Por favor imprima su nombre: _____

- 2. Se me ha explicado claramente que durante el transcurso de Esta operación algunas otras condiciones que no se han esperado pueden presentarse. Reconozco, que, si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo que se especificó en el párrafo #1 supra. Por lo tanto, autorizo y solicito que el practicante nombrado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realizan tales procedimientos quirúrgicos que en su mejor juicio profesional será eficaz en su intento de sanar y/o diagnosticar. esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además autorizo al anesthesiólogo a administrar cualquier anestesia que sientan que está indicada Y autorizar el uso de transfusión de sangre (s) cuando el personal se sienta requerido.
- 3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, se acompaña de un cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
- 4. La naturaleza de mi (o del paciente) condición, la naturaleza del procedimiento (s) enumerados en el párrafo #1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra elección está disponible para mí (o el paciente), si lo hubiera, me han explicado por 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 contestadas satisfactoriamente.
- 5. Soy consciente de la "política de cancelación" y entiendo que voy a ser responsable de una tarifa de \$250.00 si el aviso no se proporciona al menos 5 días laborales 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 líquida clara el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.
- 7. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro proveedor para comprobar la cobertura de los procedimientos solicitados, así como la obtención de las referencias necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina inmediatamente si su seguro proveedor cambia, de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cambio para el procedimiento solicitado (s).

Firma del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha
--------------------	-------	-------------------	-------

Firma del padre/tutor	Fecha
-----------------------	-------

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado personalmente, en ningún término técnicos, el procedimiento propuesto al paciente, y/o pariente/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

Firma del médico	Fecha	Copia del Médico: SuPrep
------------------	-------	--------------------------