

DR. RYAN CRENSHAW

Instrucciones para la colonoscopia con NuLyteLy

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, háganoslo saber al menos 5 días hábiles 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 la oficina al menos 5 días antes de su(s) procedimiento(s) programado(s). Todos los procedimientos deben ser confirmados para mantenerse 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 recomendarle que mantenga estos medicamentos entre 2 y 8 días antes de su procedimiento, dependiendo del agente que esté tomando.

Pacientes que tocan Coumadin (Warfarina): Si el médico que lo prescribe (es decir, cardiólogo, neurólogo o proveedor de atención primaria), se le pedirá que suspenda su Coumadin 5 días antes de su(s) procedimiento(s). También se le pedirá que se haga un análisis de sangre PT /INR, PTT el día anterior a su(s) procedimiento(s). Si no recibió una orden 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 toban Plavix (Clopidogrel): Si el médico que lo prescribe (es decir, cardiólogo, neurólogo o proveedor de atención primaria), se le pedirá que suspenda el Plavix (clopidogrel) 7 días antes de su(s) 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, diariamente, incluido el día de la colonoscopia.

Por favor, deje de tomar aspirina, 81 mg o 325 mg, 8 días antes de la colonoscopia,

Cualquier paciente que suspenda aspirina, Plavix, Coumadin o cualquier otro anticoagulante debe comunicarse con el médico que lo prescribe (médico de atención primaria o cardiólogo) para confirmar que es aceptable suspender este medicamento (s) 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 píldoras de ajo 8 días antes del procedimiento (s).

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

Si está tomando medicamentos para la diabetes, consulte con el proveedor médico que está manejando 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 la sangre se vuelva demasiado bajo o demasiado alto durante su preparación para el procedimiento.

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

Instrucciones de preparación para NuLytely

(Polietilenglicol 3350, 420 g, Bicarbonato de sodio 5.72 g, Cloruro de sodio 11.2 g y Cloruro de potasio 1.4 g)

Precaución: Esta preparación debe usarse con precaución y puede estar contraindicada en pacientes con las siguientes afecciones: Insuficiencia renal o compromiso en la función renal, anomalías electrolíticas no corregidas, arritmias cardíacas, antecedentes de convulsiones, alteración 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 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 dragar del colon. Por favor, no tome aceite de pescado, aceite de krill, aceite de limón o cualquier suplemento o alimento que contenga una cantidad significativa de aceite, como papas fritas.

El día anterior a su procedimiento, usted estará en una dieta líquida clara (sin alimentos sólidos, a excepción de la gelatina) durante todo el día a partir de su comida de desayuno. El día antes de su 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 está consumiendo. NO se limite a beber agua solamente. Por favor, asegúrese de consumir líquidos con sal, como caldo de sopa. Y líquidos con carbohidratos / azúcares como el jugo de manzana. Al variar los líquidos consumidos, reduce el riesgo de desarrollar anomalías electrolíticas, como un bajo contenido de sodio. **Evite cualquier producto de alimentos o bebidas que contenga colorante rojo o púrpura.**

MENÚ PARA UNA DIETA LÍQUIDA CLARA

Desayuno

Jugo de arándano blanco
Postre de gelatina
Té/café (sin leche)
Gatorade o deportes similares
beber

Almuerzo

Caldo de pollo
Zumo de manzana
Sprite, 7up, Ginger Ale
Hielo con sabor a fruta
Té/café (sin leche)

Cena

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

Las instrucciones continúan en la página siguiente

MEDICACIÓN NULYTELY

SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS A CONTINUACIÓN

PRIMERA DOSIS: Un día antes de su procedimiento, a las 6:00 pm, deberá consumir 2 litros (1/2 galón) de NuLytely.

Debe tratar de consumir un vaso de 8 onzas cada 10 minutos para completarlo a las 8 pm. Puede consumir líquidos claros hasta 2 horas antes de acostarse de las selecciones del menú enumeradas anteriormente.

* Los pacientes pueden chupar caramelos mentolados sin azúcar para alterar / mejorar el sabor si lo desean.

SEGUNDA DOSIS: Día del procedimiento: A las 6 horas previas a la hora de su procedimiento, p lease comenzara consumir los 2 litros (1/2 galón) restantes de NuLytely. Trate de consumir un vaso de 8 onzas cada 10 minutos para completarlo 4 horas antes de la hora programada de rocedure.

* Los pacientes pueden chupar caramelos mentolados sin azúcar para alterar / mejorar el sabor si lo desean.

Tenga en cuenta que consumir cualquier líquido o medicamento (s) demasiado cerca de su procedimiento puede resultar en retrasar o cancelar su procedimiento. No consuma ningún líquido o medicamento (s) por vía oral durante 4 horas antes de la hora de su procedimiento.

En promedio, sus evacuaciones intestinales deben ser claras (transparente = líquido amarillo o blanco sin material sólido o granular) 3 horas después de terminar de beber la solución. Sin embargo, los retrasos en el inicio de las deposiciones y / o la eliminación 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, siga las instrucciones que se indican a continuación.**

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

Compre lo siguiente (sin necesidad de receta) y comience esta preparación 1/2 hora después del último vaso de solución tomado.

- Una botella de citrato de magnesio
- Una botella de enema de flota (**sin aceite mineral ni ningún tipo de aceite**)

Beba una botella de citrato de magnesio. Espere 2 horas. Si sus deposiciones no son claras o no pudo tolerar el citrato de magnesio, proceda con Fleet Enema de la siguiente manera:

Las instrucciones continúan en la página siguiente

1. Aplique un Enema de Flota (**sin aceite mineral, o cualquier otro tipo de aceite**) por recto y espere 30 minutos.
2. Si sus deposiciones aún no son claras, llene la misma botella de enema con agua tibia del grifo. Luego administre un enema de agua tibia cada 30 minutos por recto hasta que tenga evacuaciones intestinales que consisten en líquido amarillo claro o blanco claro. NO exceda más de 4 enemas.

Si aún encuentra dificultades significativas con su preparación, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799. Sise le reenvía al correo de voz, siga las instrucciones para ponerse en contacto con el médico de guardia.

SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, doy mi consentimiento 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, sedación excesiva, aspiración, sangrado, perforación y se ha explicado la necesidad de cirugía. El médico me ha aconsejado que existe una pequeña posibilidad de que falten lesiones en (el "Paciente"):

Por favor, imprima su nombre: _____

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 profesional mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen dichos procedimientos quirúrgicos que, a su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de curar y / o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además, autorizo al anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que consideren que está indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal asistente considere que es necesario.
3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, va acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
4. La naturaleza de mi condición (o la del paciente), la naturaleza del procedimiento (s) enumerado en el párrafo # 1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra opción disponible para mí (o el paciente), si corresponde, me han sido explicados por el Médico. 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 una tarifa de \$ 250.00 si no se proporciona un aviso 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 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 proveedor de seguros para verificar la cobertura de los procedimientos solicitados, así como para obtener las referencias necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina inmediatamente si su proveedor de seguros cambia, de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cargo por el procedimiento (s) solicitado (s).

Firma del paciente

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Firma de Parent/Guardian

Date

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 de Physician

Date

RYAN P. CRENSHAW, M.D.
21135 WHITFIELD PLACE, SUITE 102, STERLING, VA 20165 (703) 444-4799
SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, doy mi consentimiento 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, sedación excesiva, aspiración, sangrado, perforación y se ha explicado la necesidad de cirugía. El médico me ha aconsejado que existe una pequeña posibilidad de que falten lesiones en (el "Paciente"):

Por favor, imprima su nombre: _____

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 profesional mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen dichos procedimientos quirúrgicos que, a su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de curar y / o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además, autorizo al anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que consideren que está indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal asistente considere que es necesario.

3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, va acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.

4. La naturaleza de mi condición (o la del paciente), la naturaleza del procedimiento (s) enumerado en el párrafo # 1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra opción disponible para mí (o el paciente), si corresponde, me han sido explicados por el Médico. 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 una tarifa de \$ 250.00 si no se proporciona un aviso 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 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 proveedor de seguros para verificar la cobertura de los procedimientos solicitados, así como para obtener las referencias necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina inmediatamente si su proveedor de seguros cambia, de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cargo por el procedimiento (s) solicitado (s).

Firma del paciente Fecha Firma de testigo Fecha

Firma de Parent/Guardian Date
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 de Physician Date