

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

Lea este paquete, en su totalidad, al menos 2 semanas antes de su procedimiento. Si no sigue las instrucciones y el procedimiento tiene que ser cancelado, se 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 \$ 350.00.

Recibirá un correo electrónico de confirmación del personal de nuestra oficina al menos 2 semanas antes de su(s) procedimiento(s) programado(s). 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 recomendarle que mantenga estos medicamentos entre 2 y 8 días antes de su procedimiento, dependiendo del agente que esté tomando.

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, incluyendo 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 la 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 (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).

Se recomienda encarecidamente 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 alrededor del momento en que está tomando una dosis del laxante para prepararse para su colonoscopia, tome primero el laxante y luego su medicamento. **Al tomar medicamentos(es) el día de su procedimiento, los medicamentos deben 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 ser llevados al hospital para ser tomados después de su 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 la sangre baje o sea 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 SuFLAVE

Precaución: Esta preparación debe usarse con precaución y puede estar contraindicada en pacientes con las siguientes condiciones: insuficiencia renal o compromiso en la función renal, arritmias cardíacas, antecedentes de convulsiones, alteración del reflejo nauseoso, colitis ulcerosa grave, regurgitación esofágica y / o gota. 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 lavar 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 las papas fritas.

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

Tenga en cuenta que es muy importante que esté adecuadamente hidratado durante este proceso. No hay restricción en el volumen de líquidos claros que consume. Consuma tantos líquidos claros enumerados como sea posible para mantener una hidratación adecuada y reducir el riesgo de anomalías electrolíticas durante la preparación.

También es importante variar los líquidos que está consumiendo. NO se limite a beber agua solamente. 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 DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS

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 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 SUFLAVE

NO SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS EN LA CAJA DE SUFLAVE QUE CONTIENE LOS FRASCOS DE MEDICAMENTO. SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS A CONTINUACIÓN

Las instrucciones continúan en la página siguiente

EL DÍA ANTERIOR A SU PROCEDIMIENTO: A las 4:00 p.m., tome la bolsa A y el recipiente desechable, agregue agua tibia a la línea de llenado del recipiente desechable. Tome la bolsa B y el 2 recipiente desechable y agregue agua tibia a la línea de llenado del recipiente desechable. Agitar hasta mezclar y poner en el refrigerador. **NO LO PONGAS EN EL CONGELADOR.**

PRIMERA DOSIS:

PASO 1: Un día antes de su procedimiento a las 6:00 pm saque del refrigerador el recipiente desechable A y beba las 8 onzas de la solución cada 15 minutos hasta que se termine todo el líquido en el recipiente.

PASO 2: Beba 16 onzas adicionales de líquidos claros después de terminar la solución. (Consulte el menú de dieta de líquidos claros)

EL DÍA DE SU PROCEDIMIENTO:

SEGUNDA DOSIS:

PASO 1: Comenzando 6 horas antes de la hora de su procedimiento, saque del refrigerador el recipiente desechable B y beba las 8 onzas de la solución cada 15 minutos hasta que se termine todo el líquido en el recipiente.

PASO 2: Beba 16 onzas adicionales de líquidos claros después de terminar la solución. (Consulte el menú de dieta de líquidos claros)

POR FAVOR, NO CONSUMA NINGÚN LÍQUIDO O MEDICAMENTO DESPUÉS DEL TIEMPO QUE CORRESPONDE A 4 HORAS ANTES DE LA HORA DE SU PROCEDIMIENTO.

En promedio, sus evacuaciones intestinales deben ser claras (claro = 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 los movimientos intestinales y / o aclararse 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 escritas a continuación.**

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

Compre lo siguiente (no se necesita receta médica) 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 otro tipo de aceite**).

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

1. Aplique un Fleet Enema (**sin aceite mineral ni ningún otro tipo de aceite**) por recto y espere 30 minutos.
2. Si sus evacuaciones intestinales aún no son claras, llene la misma botella de enema con agua tibia del grifo. Luego administre un enema de agua tibia por recto cada 30 minutos hasta que tenga evacuaciones intestinales que consistan 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. Si te reenvían al buzón de voz, sigue las instrucciones para ponerte en contacto con el médico de guardia.

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 necesidad de cirugía. El practicante me ha aconsejado que hay una pequeña posibilidad de lesiones faltantes en (el "Paciente"):

Por favor, escriba su nombre: _____

2. Se me ha explicado claramente que durante el curso de esta operación pueden presentarse 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 Practicante mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que en su mejor juicio profesional serán efectivos 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 considere 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 explicadas 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 respondidas satisfactoriamente.
5. Soy consciente de la "Política de cancelación" y entiendo que seré responsable de una tarifa de \$ 350.00 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 de líquidos claros 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 los procedimientos solicitados.

Firma del paciente

Fecha

Fecha

Firma del testigo

Firma del parente/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

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 necesidad de cirugía. El practicante me ha aconsejado que hay una pequeña posibilidad de lesiones faltantes en (el "Paciente"):

Por favor, escriba su nombre: _____

2. Se me ha explicado claramente que durante el curso de esta operación pueden presentarse 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 Practicante mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que en su mejor juicio profesional serán efectivos 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 considere 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 explicadas 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 respondidas satisfactoriamente.
5. Soy consciente de la "Política de cancelación" y entiendo que seré responsable de una tarifa de \$ 350.00 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 de líquidos claros 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 los procedimientos solicitados.

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Fecha de firma del padre/tutor

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 DOCTORAL: SuFLAVE