

DR. RYAN CRENSHAW

Instrucciones para la colonoscopia con SuTab

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 laboral 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 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 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 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. De lo contrario, 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 primero el laxante, luego su(s) medicamento(s). **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 de su 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 SuTab

(Sulfato de sodio, sulfato de magnesio y cloruro de potasio)

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, arritmias cardíacas, antecedentes de convulsiones, alteración del reflejo nauseoso, colitis ulcerosa grave y / o regurgitación esofágica. 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 consuma 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 papas fritas.

El día anterior a su procedimiento, usted estará en una dieta líquida clara (NO alimentos sólidos, a excepción de la gelatina) durante todo el día comenzando con su comida de desayuno. 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 (sin rojo / púrpura)
Té/café (sin leche)

Gatorade o deportes similares
Té/café (sin leche)

Almuerzo

Caldo de pollo
Jugo 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(sin rojo/púrpura)

7Up and Ginger Ale
Té/café (sin leche)

MEDICACIÓN SUTAB

****NO SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS DE LA GUÍA DIETÉTICA EN LA CAJA SUTAB O EL INSERTO****

SIGA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS A CONTINUACIÓN

SE REQUIEREN AMBOS FRASCOS DE 12 UNIDADES DE SUTAB PARA UNA PREPARACIÓN COMPLETA

Las instrucciones continúan en la página siguiente

PRIMERA DOSIS: Un día antes de su procedimiento, a las 6:00 PM, complete los pasos 1 a 4.

Paso 1 – Abra 1 frasco de 12 tabletas.

Paso 2 – Llene el recipiente provisto con 16 onzas de agua (hasta la línea de llenado). Trague cada tableta con un sorbo de agua y beba la cantidad completa durante 15 a 20 minutos.

· Si se siente incómodo, tome las tabletas y el agua más lentamente.

Paso 3: Aproximadamente 1 hora después de tragar la última tableta, llene el recipiente provisto por segunda vez con 16 onzas de agua (hasta la línea de llenado) y beba la cantidad total durante 30 minutos.

Paso 4: Aproximadamente 30 minutos después de terminar el segundo recipiente de agua, llene el recipiente provisto con 16 onzas de agua (hasta la línea de llenado) y beba la cantidad total durante 30 minutos.

SEGUNDA DOSIS: Día del procedimiento: Comience 6 horas antes de la hora de su procedimiento.

Paso 5 - Repita el paso 1 al 4 como se escribió anteriormente. Debe terminar de beber el vaso final de agua al menos 4 horas antes de la hora del procedimiento. Si necesita tomar algún medicamento en / o alrededor de este momento, tome primero la dosis de SuTab, luego tome su(s) medicamento(s). Si termina el SuTab y el agua recomendada antes de lo programado, puede consumir más líquidos claros enumerados anteriormente hasta 4 horas antes de la hora de su procedimiento. **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 (transparente = líquido amarillo o blanco sin material sólido o granular) 3 horas después de terminar de tomar la preparación. Sin embargo, los retrasos en el inicio de las deposiciones y / o la limpieza pueden ocurrir varias horas después de completar la preparación. **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 estos Instrucciones:

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

- 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. Si sus evacuaciones intestinales no son claras o podría no tolerar el citrato de magnesio, luego proceda con Fleet Enema de la siguiente manera:

1. Aplique un enema de flota (**Sin aceite mineral o 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 por recto cada 30 minutos hasta que tenga intestino movimientos 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. Si se le reenvía al correo de voz, siga las instrucciones para comunicarse 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 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 especificado en el párrafo #1 supra. 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 \$ 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 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 del testigo

Firma de la fecha 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 de la fecha del médico

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 especificado en el párrafo #1 supra. 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 \$ 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 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 del testigo

Firma de la fecha 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 de la fecha del médico

COPIA DEL DOCTOR: SuTab