North Shore Digestive Medicine, PC
Farzad Forohar, MD
50 Route 111, Suite 302
Smithtown, NY 11787
Teléfono: 631-724-5300 - Fax: 631-724-5400

COLONOSCOPIA CON SUPREP (dosis dividida)

Su procedimiento está programado con el Dr. . Forohar (631) 724-5300favor,

Porel_____a_____llegada
hora de(1 hora antes de la cita)
Hora de llegada: _____

10 DÍAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

1. Confirme sus arreglos de transporte. Debe tener un adulto (mayor de 18 años) que lo acompañe, incluso si toma transporte público, taxi o camioneta. **DEBE TENER ALGUIEN CON USTED.** Su procedimiento se cancelará si no tiene a nadie que lo acompañe a su casa. No podrá conducir durante el resto del día procesal.

2. Si toma Coumadin, Plavix, Lovenox o cualquier otro medicamento anticoagulante (diluyente de la sangre), necesitará aprobación para suspender el medicamento 7 días antes del procedimiento. PÓNGASE EN CONTACTO CON () Médico de atención primaria o () Cardiólogo para su aprobación. **Siga tomando sus medicamentos para la presión arterial y otros medicamentos.**

3. Si es **diabético yinsulina o medicación oral,** recibedebería haber recibido instrucciones especiales sobre qué hacer con sus medicamentos el día anterior y la mañana del procedimiento. Comuníquese con la oficina si tiene alguna pregunta.

4. Si toma **aspirina, medicamentos antiinflamatorios o para la artritis,** es posible que necesite instrucciones especiales para: () continuar con el medicamento o () suspenderlo 5 días antes del procedimiento. Puede tomar Tylenol para el dolor.

5. **Necesitamos saber si tiene un desfibrilador implantado (AICD), marcapasos o válvula cardíaca artificial.** Si aún no lo ha hecho, comuníquese con la oficina con esta información.

6. **POR FAVOR RECOJA SU KIT DE PREPARACIÓN DE LA FARMACIA UNOS DÍAS ANTES DE SU EXAMEN.**

DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO: Es necesaria la preparación para vaciar el contenido de su intestino para que podamos ver el revestimiento intestinal. Deberá beber toda la preparación; de lo contrario, es posible que deba repetir la prueba más adelante.

1. **LÍQUIDOS CLAROS SOLO POR TODO EL DÍA Y HASTA SU PROCEDIMIENTO. (¡NADA PARA COMER TODO EL DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO)!** Los líquidos claros incluyen agua, jugo de manzana, jugo de uva blanca, Gatorade, gelatina, caldo de res o pollo, paletas heladas, té claro o café negro. Sin leche ni productos lácteos. No se permiten chicles ni caramelos. Nada de jugo de naranja ni nada que no sea transparente o translúcido. ¡NADA ROJO O MORADO!

2. **A partir de las 6 p.m. del día anterior a la colonoscopia,** vierta una botella de 6 onzas de líquido SUPREP en el recipiente de mezcla. Agregue agua potable fría hasta la línea de 16 onzas en el recipiente y mezcle. Beba TODO el líquido del recipiente.

3. DEBE beber DOS recipientes más de 16 onzas de agua o cualquier líquido transparente durante la próxima hora (llene la taza dos veces más con agua corriente o líquido claro y beba). **Beber es fundamental para una buena preparación y para mantener la hidratación. Continúe bebiendo todo lo que pueda durante el resto del día. SOLO LÍQUIDOS CLAROS.**

DÍA O PROCEDIMIENTO:

1. **Comenzando 4 horas antes de su colonoscopia,** vierta la botella restante de líquido SUPREP de 6 onzas en el recipiente de mezcla. Agregue agua potable fría hasta la línea de 16 onzas en el recipiente y mezcle. Beba TODO el líquido del recipiente.

2. DEBE beber DOS recipientes más de 16 onzas de agua durante la próxima hora (llene la taza dos veces más con agua corriente y beba). **DEBE TERMINAR DE BEBER ESTO AL MENOS 2 HORAS ANTES DE LLEGAR. ¡NO BEBA NADA DESPUÉS DE COMPLETAR!**

3. Quítese las joyas y déjelas en casa.

4. Tome sus medicamentos para el corazón, la presión arterial, el asma o la tiroides la mañana del procedimiento con un sorbo de agua al menos 2 horas antes del procedimiento.

5. Llegue una hora antes de la hora programada. Aún necesita su identificación con foto y tarjeta de seguro. Permita aproximadamente 2-3 horas para su visita. Nos comunicaremos con su conductor cuando esté listo para que lo recojan.

PRE-PROCEDURE MEDICATION RECONCILIATION / VERIFICATION FORM

Patient Name: _____ **Patient DOB:** _____

Procedure Date: _____ **Allergies:** _____

Medications (Please include any routine over the counter medications)	Dose	Route	Frequency	Medication Held Prior to Procedure? (Yes or No)	Re-Start (C) or Hold (H) at Discharge?
New Medication (Started after Procedure)	Dose	Route	Frequency		

I have reviewed this list with the patient.

Physician Signature: _____ Date/Time: _____

Patient Signature: _____ Date/Time: _____

Por favor traiga el dia de su procedimiento!

POLÍTICA DE CANCELACIÓN PARA TODOS LOS TRÁMITES

A partir de cinco días antes de su procedimiento, recibirá un correo electrónico para confirmar su cita, así como un mensaje de texto y una llamada telefónica. Es **REQUERIDO** que confirme su cita por uno de estos métodos **48 horas antes** su procedimiento, o **su trámite será cancelado.**

Además, si no se presenta a su procedimiento o cancela la mañana del, se le facturará un **tarifa de $ 100.**

¡Gracias!