

PREPARACIÓN PARA VIDEO RECTOSIGMOIDEOSCOPIA

Para la realización del estudio deberá concurrir a: _____

Su turno es el día: ____ / ____ / ____

SIN ESTOS REQUISITOS NO SE PODRÁ EFECTUAR SU ESTUDIO:

- Si el estudio se realiza con anestesia, debe asistir acompañado por un adulto responsable y no podrá conducir vehículos durante las 12 horas posteriores a la realización del examen.
- Por favor, no olvide traer la credencial de su obra social o medicina de prepaga, la orden original (verificar la vigencia de la misma 30 días) y consultar en su prepaga u obra social si es necesario autorizar la orden de la práctica a realizar.
- Asimismo, recuerde traer estudios anteriores.

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

- ✓ *Colocarse un Enemol 2 horas antes del estudio.*
- ✓ *Si su estudio es con anestesia, concurra habiendo completado un mínimo de 6 horas de ayuno (de sólidos y líquidos).*

INSTRUCCIONES ADICIONALES

- No es necesario suspender ningún tipo de medicación a excepción de los suplementos de **hierro** por boca, los cuales necesitan ser interrumpidos 3 días antes del estudio.
- Si usted está anticoagulado o toma algún antiagregante plaquetario (ver listado de drogas - principios activos- a continuación) debe traer, **por escrito**, la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique la conducta a seguir con estos medicamentos: cuándo suspender, reanudar y si usted se encuentra apto para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. **Este requisito es indispensable.**

ANTIAGREGANTES

CLOPIDOGREL
PRASUGREL

ANTICOAGULANTE

WARFARINA
ACENOCUMAROL
RIVAROXABAN
DABIGATRAN

OTROS ANTIAGREGANTES

TICCLOPIDINA
DIPIRIDAMOL
TIROFIBÁN
EPITIFIBATIDE
ABCIXIMAB

- Si es diabético y está medicado con hipoglucemiantes, insulina o tiene insuficiencia renal o cardíaca, debe consultar previamente a su médico de cabecera.
- Si bien estar embarazada no es un impedimento, si lo está o cree estarlo, debe comunicarlo al médico que realizará el estudio.
- Recuerde que debe completar un formulario de evaluación de salud ("Cuestionario para el Paciente") y firmar un Consentimiento Informado previo a la realización del examen.
- *Por favor, tenga en cuenta ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes. Muchas gracias.*

INSTRUCCIONES ADICIONALES

- No es necesario suspender ningún tipo de medicación a excepción de los suplementos de **hierro** por boca, los cuales necesitan ser interrumpidos 3 días antes del estudio.
- Si usted está anticoagulando o toma algún antiagregante plaquetario (ver listado de drogas - principios activos- a continuación) debe traer, **por escrito**, la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique la conducta a seguir con estos medicamentos: cuándo suspender, reanudar y si usted se encuentra apto para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. **Este requisito es indispensable.**

ANTIAGREGANTES

CLOPIDOGREL
PRASUGREL

ANTICOAGULANTES

WARFARINA
ACENOCUMAROL
RIVAROXABAN
DABIGATRAN

OTROS ANTIAGREGANTES

TICLOPIDINA
DIPIRIDAMOL
TIROFIBÁN
EPTIFIBATIDE
ABCIXIMAB

- **También me fue informado que ciertos medicamentos, entre otros los usados para obesidad y/o diabetes, retrasan notablemente el tránsito gastrointestinal y aumentan por si solos, el riesgo durante la anestesia. He consultado con mi médico tratante para la suspensión previa al estudio. Semaglutide (Ozempic®), liraglutide(Saxenda®), Dilaglutide (Trulicity®), Tirzepatide (Mounjaro®) y otros similares.**
- Si es diabético y está medicado con hipoglucemiantes, insulina o tiene insuficiencia renal o cardíaca, debe consultar previamente a su médico de cabecera.
- Si presenta náuseas o vómitos durante la preparación, interrúmpala. Tome un Reliverán 8 o similar⁹ sublingual ó 40 gotas en medio vaso con agua. Espere 30 minutos y continúe con la preparación según lo estipulado previamente.
- Si usted es constipado (3 o menos deposiciones por semana) es posible que esta preparación no sea suficiente. Le sugerimos que tome laxante de uso corriente, comenzando 3 días antes de la preparación. Por ejemplo: Barex Unipeg, 1 sobre por día. De preferencia, consulte con el médico que le solicitó el estudio.
- Si bien estar embarazada no es un impedimento, si lo está o cree estarlo, debe comunicarlo al médico que realizará el estudio.
- Recuerde que debe completar un formulario de evaluación de salud ("Cuestionario para el Paciente") y firmar un Consentimiento Informado previo a la realización del examen.

Por favor, tenga en cuenta que ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes. Muchas gracias.

Cuestionario para el Paciente (Marque y complete lo que corresponda)

- ¿Ha tenido presión arterial alta? _____ SI NO NO SABE
- ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál? _____ SI NO NO SABE
- ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál? _____ SI NO NO SABE
- ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo? _____ SI NO NO SABE
- ¿Padece diabetes? _____ SI NO NO SABE
- ¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo? _____ SI NO NO SABE
- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál? _____ SI NO NO SABE
- ¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál? _____ SI NO NO SABE
- ¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____ SI NO NO SABE
- ¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? _____ SI NO NO SABE
- ¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____ SI NO NO SABE
- ¿Ha recibido transfusiones? _____ SI NO NO SABE
- ¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Sífilis, Sida, ¿otras? ¿Cuál? _____ SI NO NO SABE
- ¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida? _____ SI NO NO SABE
- Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial: _____
- ¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____ SI NO NO SABE
- ¿Por qué le piden el estudio? _____ SI NO NO SABE
- ¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? _____ SI NO NO SABE
- ¿Quién? ¿A qué edad? _____
- ¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual? _____ SI NO NO SABE
- ¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____ SI NO NO SABE
- ¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles? _____ SI NO NO SABE
- Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, del 1 al 10: _____

PREGUNTAS PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO:

- ¿Está menstruando actualmente? _____ SI NO NO SABE
- ¿Puede estar embarazada? _____ SI NO NO SABE
- ¿Toma estrógenos? _____ SI NO NO SABE

PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL:

Firma: _____
Aclaración / DNI: _____

FAMILIAR/ALLEGADO:

Firma: _____
Aclaración / DNI: _____

Consentimiento Informado – Realización de Procedimientos Endoscópicos

| | | | | | | | |
|---|---|---|-----|----------------|---|---|--|
| Nº de Historia Clínica | | | | | | | |
| Nombre y Apellido del Paciente | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | DNI | | | | |
| Sexo Legal | F | M | X | Sexo Biológico | F | M | |
| Teléfono: | | | | E-mail: | | | |
| Nombre y Apellido del Representante | | | | | | | |
| DNI del Representante | | | | | | | |
| Carácter en que ejercer la representación | | | | | | | |

Mi firma al pie constituye mi reconocimiento y consentimiento expreso de que:

Por medio del presente, autorizo al Dr. _____ para que me realice el siguiente procedimiento endoscópico (marcar el que corresponde):

- Colonoscopia Diagnóstica/Terapéutica.
- Endoscopia Digestiva Alta diagnóstica/Terapéutica.
- Video rectosigmoidoscopia/Endoscopia Rectal.
- Enteroscopia.

El profesional autorizado en el primer párrafo me ha entregado información escrita que explica la naturaleza y propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. En la información escrita que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento y me encuentro totalmente satisfecho/a con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que, durante el transcurso del procedimiento diagnóstico o terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. _____, sus Colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. Incluso permito, si fuera necesario, administrarme anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, pudiéndose realizar interconsultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario. He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el profesional autorizado al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe y/o se grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica y/o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan.

Se me ha informado y tengo pleno conocimiento, que puedo revocar libremente el presente en cualquier momento. Por lo tanto, como estoy de acuerdo en que se me haga el procedimiento y soy consciente que tengo y tuve la oportunidad de aclarar todas mis dudas sobre el mismo con un médico especialista, doy mi consentimiento para ello; en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los..... días del mes de de 20.....

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail.

PACIENTE:

Firma: _____

Aclaración / DNI: _____

FAMILIAR/ALLEGADO:

Firma: _____

Aclaración / DNI: _____

MÉDICO ENDOSCOPISTA:

Firma: _____

Aclaración / Matrícula: _____

MÉDICO ANESTESIÓLOGO:

Firma: _____

Aclaración / Matrícula: _____

A large, faint, stylized logo of Alexander Fleming is positioned in the upper half of the page. It features a central circular element with a vertical line through it, and two curved lines extending downwards and outwards, resembling a caduceus or a similar medical symbol.

IAF

**INSTITUTO
ALEXANDER
FLEMING**

Crámer 1180, Colegiales, CABA

www.alexanderfleming.org | 3221-8900