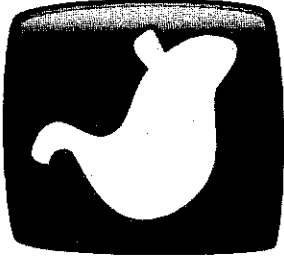


DMQ



COLONOSCOPIA DERECHA – IZQUIERDA

**ES IMPRESCINDIBLE LLEVAR EL VOLANTE
AUTORIZADO POR LA COMPAÑIA**

Esta preparación puede realizarse en pacientes con INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA o con INSUFICIENCIA RENAL EN CUALQUIER GRADO. Así como a pacientes mayores de 65 años. En caso de duda consulte con su médico.

Si en alguna de las casillas siguientes contesta "SI", o es mayor de 65 años, es imprescindible comunicárselo a la señorita de citaciones pues precisara Electrocardiograma, análisis y tal vez un informe preanestésico.

Alergias, Obesidad severa, diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anticoagulantes / Antiagregantes:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Valvulopatías o cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia respiratoria, renal o cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedades Infecciosas:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis B, C :VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

DIGESTIVO MEDICO QUIRURGICA

C/ Dr. Esquerdo, 83

Hospital de la Beata María Ana



L9 Saíñz de Baranda



L 2, 28, 30, 56, 71, 143, 15,
215, 202

Citas e Información { **Lunes a Jueves de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 H.**
Viernes de 9:00 a 15:00 H.

Telef. { **915042552 / 626377337**
637325274 / 637325275

1.-Debe suspender **3 días antes de la prueba** toda medicación que contenga hierro oral y agentes antidiarreicos (consulte con su médico).

2.-Desde **48 horas antes de la exploración** deberá seguir la siguiente dieta:

ALIMENTOS PERMITIDOS:

Caldo de carne, pescado blanco hervido, quesos duros, tortilla francesa, jamón serrano o cocido, carnes sin grasa a la plancha, agua café o infusiones.

ALIMENTOS PROHIBIDOS:

Verduras, legumbres, hortalizas, patatas, ensaladas y frutas, guisos de carne o pescado, embutidos, pan, bollería, chocolate, alcohol y bebidas gaseosas.

3.- Desde **24 horas antes de la exploración** solo tomará líquidos. **Si la exploración es SIN ANESTESIA, 2 horas antes de la prueba dejará de tomar todo, incluso agua.**

SI VA A SER ANESTESIADO el día de la exploración vendrá en ayunas. No tome alimentos sólidos o líquidos, tampoco agua, durante al menos las 6 horas anteriores y aportar analítica con tiempos de coagulación y un Electrocardiograma si fuese preciso. **EL PACIENTE DEBE VENIR SIEMPRE ACOMPAÑADO.**

4.- **CITA POR LA MAÑANA:** Usará **MOVIPREP**, disolverá conjuntamente el contenido de cada sobre A y B en **un LITRO DE AGUA** (Siga las instrucciones del prospecto). Agitar el preparado hasta su completa disolución, deberá beberlo a lo largo de 1 ó 2 horas. Si tiene sensación de sed, puede beber otro medio litro de líquidos (agua, caldos, infusiones). Repetir el proceso con la segunda toma.

5.- Horario de tomas de MOVIPREP: 1ª Dosis: a las 19:00 horas del día anterior a la prueba.
2ª Dosis: a las 22:00 horas del día anterior a la prueba.

6.- **CITA POR LA TARDE:** Usará **MOVIPREP**, disolverá conjuntamente el contenido de cada sobre A + B en **un LITRO DE AGUA** (Siga las instrucciones del prospecto). Agitar el preparado hasta su completa disolución, deberá beberlo a lo largo de 1 ó 2 horas. Si tiene sensación de sed, puede beber otro medio litro de líquidos (agua, caldos, infusiones). Repetir el proceso con la segunda toma.

7.- Horario de tomas de MOVIPREP: 1ª Dosis: a las 20:00 horas del día anterior a la prueba.
2ª Dosis: a las 8:00 horas del mismo día de la prueba.

SI ES UDTED ESTREÑIDO, UNA SEMANA ANTES DE LA PRUEBA, TOME MOVICOL (C.N. 672287)

PIDA CON ANTELACION EN SU FARMACIA:

MOVIPREP® Sabor Limón (C.N. 656284.0)

MOVIPREP® Sabor Naranja (C.N. 673610.4)

**DIGESTIVO MÉDICO QUIRÚRGICA
SECCIÓN ENDOSCOPIAS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE Y PREPARACIÓN PARA
LA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA-DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA**

PACIENTE:

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en _____ y DNI _____
(Domicilio del paciente)
Don/Doña: _____ de _____ años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
Con domicilio en _____ y DNI _____
(Domicilio del representante legal)
En calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

De acuerdo con la Ley General de Sanidad (Art.10), debe ser Vd. informado sobre la exploración que se le va a realizar, los riesgos que puede suponer y autorizar con su firma la práctica de la misma.

La COLONOSCOPIA es una técnica que se utiliza para el diagnóstico de lesiones del recto y colon. Su realización implica la introducción de un endoscopio flexible a través del ano, y aunque en ocasiones puede ser sustituida por estudios radiográficos (enema opaco), esta exploración es más sensible y específica para la mayoría de las posibles lesiones, al permitir observar directamente la mucosa y si el médico endoscopista lo considera necesario, tomar biopsias o realizar procedimientos terapéuticos como polipeptomias, dilatación, esclerosis, fotocoagulación, bandas elásticas, prótesis o sondas, que puedan ser necesarios durante la prueba

La exploración se realiza de forma ambulatoria. Para que pueda hacerse en las mejores condiciones es imprescindible que realice Vd. correctamente la preparación indicada, pues de lo contrario, podría ser necesaria su repetición.

Si padece usted enfermedades de la sangre, corazón, riñón, alergias a medicamentos, está tomando medicinas anticoagulantes como el Sintrom o está embarazada, deberá advertirlo antes de comenzar la prueba al médico endoscopista o al personal de enfermería.

En muchos casos es necesario administrar una sedación o anestesia por vía intravenosa previamente o durante la realización de la exploración, por lo que se le indica que debe venir acompañado de otra persona y prever que si se le administra sedación o anestesia, no deberá conducir ni realizar actividades físicas en las 12 horas siguientes.

La realización de la colonoscopia conlleva la introducción de aire en el colon, por lo que después de ella podrá notar su vientre hinchado y quizás dolor abdominal. Si este fuera intenso y continuo o presentase emisión de abundante sangre por el ano, debe acudir para ser valorado por un Servicio de Urgencias.

La realización de una colonoscopia, al igual que otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tiene asociado un riesgo de fracaso y la posibilidad de que surja alguna complicación, en especial si la endoscopia es terapéutica (perforación, hemorragia) y en relación con la sedación (flebitis, depresión respiratoria aguda, arritmia incluso parada cardiorrespiratoria). Estas complicaciones son poco frecuentes (0,4%) y cuando surgen pueden requerir tratamiento urgente, incluso quirúrgico en el caso de las primeras.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. No se me han garantizado de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos y terapéuticos propuestos

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto debiendo comunicarlo de forma fehaciente al equipo médico actuante. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsias-citologías y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma. Así como en la aplicación o inyección de sedantes o anestésicos que sean aconsejables para realizar la prueba, **declara que no es conecedor de padecer enfermedad o proceso no manifestado previamente, que pueda interferir en el normal desarrollo y evolución de la prueba.** (Si le surge alguna duda puede consultar con el médico que le indicó la exploración). Y conoce los riesgos derivados de su patología que pueden interferir en la prueba

En _____ a _____
(Lugar) (Fecha)

Fdo. El/la Médico

Fdo. El/la Paciente

Fdo.: El Representante Legal, Familiar o Allegado