**PREPARACION PARA COLONOSCOPIA CON BAREX POLIETILENGLICOL 3350 (4 LITROS):**

Su turno es en la **TARDE** el día: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_ a las \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs (Debe presentarse 15 minutos antes del turno).

**LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES**

Esta preparación está diseñada para lograr una adecuada limpieza del colon. Para lograrla se requiere de su colaboración leyendo y realizando correctamente las instrucciones. La persistencia de restos fecales en el colon impide al médico endoscopista explorar, evaluar y visualizar correctamente el intestino e inclusive en algunos casos se requiere repetir el procedimiento por esta causa.

PARA ESTA PREPARACION NECESITARA **BAREX** **POLIETILENGLICOL 3350 BIDON DE 4 LITROS** **(PEG 4 litros).**

**DIETA:** 72 horas antes del estudio EVITAR comer frutas, verduras, semillas y cereales (hojas verdes, choclo, uva, kiwi, frutilla, etc). Consumir abundante líquido sin gas.

**DÍA PREVIO AL PROCEDIMIENTO (\_\_\_ / \_\_\_/\_\_\_):**

Mezcle el polietilenglicol de acuerdo con las instrucciones del envase original (agregue 4 litros de agua) y guárdelo en la heladera.

**ALMUERZO:** carnes rojas o blancas al horno o a la plancha con arroz o fideos. Postre: gelatinas y/o helados de agua que no sean de color rojo.

**MERIENDA:** Te, café o mate.

**20:00 / 22:00 hs:** Comenzar a tomar 1 vaso de 250 cc de solución de **PEG** cada 15 minutos hasta completar 2-3 litros. Es mejor ingerir el vaso en forma rápida que tomar pequeñas cantidades en forma continua. Recuerde agitar la preparación antes de servir cada vaso para evitar la concentración del preparado.

**CENA** Te, caldo o pure de calabaza o papa, gelatina.

**DIA DEL PROCEDIMIENTO (\_\_\_ / \_\_\_/\_\_\_):**

**DESAYUNO 08:00 hs:** Te o café con edulcorante. **Ingerir el o los litros restantes de PEG.** Si toma medicación por hipertensión arterial recuerde tomarla en este momento. Puede tomar agua, te o café **hasta las 10:00 hs AM (no leche ni yogurt)**. Luego permanecer en **AYUNAS TOTAL** (no ingerir ni solidos ni líquidos).

* Como el procedimiento se realiza con anestesia, debe asistir acompañado por un adulto responsable y no podrá conducir vehículos durante el día de la realización del examen.
* Por favor, no olvide traer la credencial de su obra social o medicina prepaga, la orden original (vigencia de un mes) y consultar en su prepaga u obra social si es necesario autorizar la orden de la practica a realizar. Traer estudios previos.

**INSTRUCCIONES ADICIONALES**

* No es necesario suspender ningún tipo de medicación (salvo que su médico de cabecera o cardiólogo lo indique) a excepción de suplementos de hierro por boca, los cuales se deben interrumpir al menos 3 días antes del estudio.
* Si Ud. esta anticoagulado o toma algún antiagregante plaquetario (ver listado a continuación) debe traer por escrito la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo la conducta a seguir con estos medicamentos. Este requisito es indispensable.
* ANTIAGREGANTES: ASPIRINA, CLOPIDOGREL, PRASUGREL.
* ANTICOAGULANTES: WARFARINA, ACENOCUMAROL, RIVAROXABAN, DABIGATRAN.
* OTROS ANTIAGREGANTES: TICLOPIDINA, DIPIRIDAMOL, TIROFIBAN, EPFITIBATIDE, ABCIXIMAB.
* Si es diabético o tiene insuficiencia renal o cardiaca, debe consultar previamente con su médico de cabecera.
* Si presenta nauseas o vómitos durante la preparación tome Reliveran (o similar) sublingual (1 comprimido) o 40 gotas en medio vaso de agua, aguarde 30 minutos y continúe con la preparación según lo estipulado previamente.
* Si Ud. es constipado (3 o menos deposiciones por semana) es posible que esta preparación no sea suficiente. Le sugerimos que tome laxantes de uso corriente, comenzando 3 días antes de la preparación. Por ejemplo: Barex Unipeg 1 sobre por día, bisacodilo 1 comprimido por día. De preferencia, consulte al médico que le solicito el estudio.

Fecha: ...../..../......

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido Firma DNI

\* Si el paciente es menor de 16 años edad además debe firmar el padre, madre o tutor.

Firma y aclaración del médico............................................................................................................................