**PREPARACION PARA COLONOSCOPIA CON BAREX KIT TURNOS DE 8 A 12 hs:**

Su turno es 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 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

**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.

**ALMUERZO DEL DIA ANTERIOR AL PROCEDIMIENTO:** 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. **Luego de esta comida continuará solo con dieta LIQUIDA.**

**DÍA PREVIO A LA COLONOSCOPIA**

**Prepare el BAREX contenido en el kit 2 frascos con polvo para reconstruir 1 litro de solución cada uno) de acuerdo a las instrucciones del envase original y colóquelo en la heladera.**

**16 hs.** Tomar cuatro comprimidos de **Bisacodilo Domínguez** con un vaso de agua sin masticarlos. . Después de tomar los

comprimidos de **Bisacodilo Domínguez** puede tomar la cantidad de líquidos claros no gasificados (agua mineral,gatorade de

pomelo,caldos colados,jugos colados,mate,té) que desee.

**21 hs.** Comience a tomar **BAREX**, tomando un vaso grande (aproximadamente 200 c.c.) cada 15 minutos hasta completar la

totalidad de la solución reconstituida ( 2 litros).

La tolerancia es mejor tomando el vaso rápidamente en lugar de a pequeñas cantidades y bien frío.

**Puede consumir:** Caldos colados desgrasados, gelatina, helados de agua (no de color rojo) a voluntad y líquidos claros (NO leche ni yogurt).

Solo podrá beber líquidos claros (agua, jugos colados) en la cantidad deseada **hasta 4 horas antes del procedimiento.**

* 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............................................................................................................................