

Por trámites administrativos deberá llegar 30 min antes.

REQUISITOS

- Vestir ropa cómoda, de dos piezas y una camiseta oscura que no deje pasar la luz.
- Debe traer los siguientes documentos:
 - Estudios previos. Orden de práctica autorizada en caso de ser necesario.
 - Ficha médica completa.

"El no cumplimiento de los puntos anteriores retrasará su ingreso a la sala de endoscopia o incluso podría ser motivo de la suspensión de su procedimiento."



INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN

Día previo al estudio

Desayuno	Un día antes del estudio debe realizar un desayuno importante y contundente ya que sera la última comida que realice ese día. A partir de ese momento y hasta ingerir la cápsula no puede comer absolutamente nada. Solo podrá beber agua.
Durante todo el día.	Deberá tomar 40 gotas de Factor AG Pediátrico, cada 8 hs.
	Disolver 1 sobre de Barex S en 1 vaso de agua y beber.

Día del estudio

1 hora antes del estudio.	Disolver 1 sobre de Barex S en 1 vaso de agua y beber.
	Deberá tomar 80 gotas de Factor AG Pediátrico en medio vaso de agua y beberlo.

DATOS DE CONTACTO

Sede Nueva Córdoba.

Lunes a viernes 8 a 18 Hs.

Obispo Oro 42 - 1º Piso

Correo electrónico: endoscopianc@sanatorioallende.com

Teléfono: 0810 555 2553 Interno: 1253

Sede Cerro.

Lunes a jueves 8 a 17 hs. / Viernes 8 a 16 hs.

Pedro Simón Laplace 5749 - 1º Sub Suelo

Correo electrónico: endoscopiacerro@sanatorioallende.com

Teléfono: 0810 555 2553 Interno: 3209

FICHA MÉDICA PARA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA



DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ F. Nacim.: / / Edad: _____ Sexo: H / M

Teléfono: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

DATOS PARA LA INICIACIÓN DEL REGISTRO

Peso: _____ Altura (cm) _____ Diámetro de cintura (cm) _____

Contextura: Delgado Normal Sobrepeso Obesidad

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Motivo del estudio:

- Hemorragia Digestiva Media
 - Evidente (Melena, Hematoquecia)
 - Oculta (Anemia con Ferropénica)
- Vigilancia de Poliposis
- Malabsorción Refractaria
- Enfermedad de Crohn
- Otros

Exámenes Anatomopatológicos _____

Otros Exámenes _____

Ingesta de medicamentos que modifiquen la motilidad del tubo digestivo:

- Antiparkinsonianos
- Opiáceos

Exámenes previos:

- Esofagogastroduodenoscopia _____/_____/_____
- Colonoscopia _____/_____/_____
- TID _____/_____/_____
- Arteriografía _____/_____/_____
- Cámara gamma _____/_____/_____
- TAC/RM _____/_____/_____
- Enterografía TM/RM _____/_____/_____

Antecedentes clínicos de importancia:

- Obstrucción Intestinal _____/_____/_____
- Ingesta de Aínes _____/_____/_____
- DBT Severa _____/_____/_____
- Insuficiencia Renal Crónica _____/_____/_____
- Parkinson _____/_____/_____

Antecedentes quirúrgicos _____

Radioterapia previa _____

Nombre:

DNI: _____ F. Nacim.: / / _____ Edad: _____ Sexo: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

Medico Tratante: _____ Tel de Contacto: _____

Procedencia: Sanatorio Provincia Casa

| ANTECEDENTES CLÍNICOS

Peso: _____ Altura: _____

¿Consumo medicamentos a diario? Si No

¿Cuáles? _____

Alergias: Si No ¿A qué? _____

Fuma: Si No

¿Resfrío en las últimas 2 semanas? Si No

¿Está embarazada? Si No

¿Puede caminar tres cuadras o subir escaleras sin agotarse? Si No

¿Usa algún implante o aparato protésico? (marcapaso, lente de contacto, dental u otros) Si No

Especifique: _____

¿Sufre moretones o sangra con facilidad? Si No

Si No Enfermedad Pulmonar
 Si No Hipertensión Arterial
 Si No Dolor de Pecho (angor)
 Si No Infarto de Miocardio
 Si No Soplo al Corazón
 Si No Arritmias

Si No Diabetes
 Si No Enfermedad Tiroidea
 Si No Probl. Psiquiátricos
 Si No Enf. Neurológica
 Si No Glaucoma
 Si No Hemofilia

Si No Usa Sedantes
 Si No Enf. Renal
 Si No Enf. Hepática
 Si No Epilepsia
 Si No Várices
 Si No Toma Aspirina
 Si No Anticoagulantes

Operaciones Previas: Si No

| USO MÉDICO

Exámen Físico: Si Hallazgos: _____

Fragilidad: I II III Discapacidad: Parcial Total

Vía Aerea Difícil: Si No Urgencia Electivo

ASA: I II III IV V Firma del Médico: _____

Firma de Consentimiento: Si No Firma del Paciente o Acompañante: _____



MEDICAMENTOS

- Dentro de una hora (posterior al estudio) comience con su medicación habitual, excepto cuando se le indique lo contrario por motivos específicos.
- Si usted está anticoagulado o toma antiagregantes plaquetarios, siga estrictamente las instrucciones de su médico clínico, hematólogo y/o cardiólogo para reanudar la toma de esta medicación.



ACTIVIDADES

- Recuerde que la sedación reduce sus reflejos habituales. Por lo tanto, debe regresar acompañado a su casa y descansar el resto del día. Limite las actividades hasta mañana.
- No debe manejar automoviles ni maquinarias peligrosas por 12 Hs.
- Evite tomar decisiones legales el día de hoy.
- Asegurese movilizarse acompañado y tenga especial cuidado, durante las próximas 12 horas al subir y bajar escaleras.



DIETA

- Puede comer, una hora después del alta. La alimentación debe ser liviana, sin irritantes, ají, salsas o bebidas gaseosas.
- Si no presenta náuseas, continúe progresivamente por una ingesta habitual.
- No debe ingerir bebidas alcohólicas por 24 hs. y/o mientras ingiera sedantes y/o analgésicos.



SIGNOS DE ALARMA

- En caso de síntomas como fiebre, dolor persistente, sangrado abundante, consulte a su médico o acuda al Servicio de Guardia Central de Sanatorio Allende.



OTRAS INDICACIONES

- Para dar seguimiento a los resultados de su estudio saque turno con su médico, al 0810 555 2553 de lunes a viernes de 8 a 20 Hs.
- Para obtener la biopsia o citología del material extraído, debe contactarse al Servicio de Anatomía Patológica.

Para retirar el informe debe comunicarse o enviar un e-mail con el numero de DNI del paciente 10 días hábiles posteriores a la fecha de realización del estudio (no se entrega personalmente el resultado.)

CONTACTO ANATOMÍA PATOLÓGICA

SEDE NUEVA CÓRDOBA

Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hs.

Tel: 0810 555 2553 Interno: 1242

Whatsapp: 351-7356472

Email: anatomiapatologica@sanatorioallende.com

SEDE CERRO

Lunes a viernes de 9:00 A 18:00 hs

Tel:4269200 Interno: 3236

Whatsapp: 351-7463280

Email: apatologicacerro@sanatorioallende.com

DATOS DE CONTACTO DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA

Sede Nueva Córdoba.

Lunes a viernes 8 a 18 Hs.

Obispo Oro 42 - 1º Piso

endoscopianc@sanatorioallende.com

Teléfono: 0810 555 2553 Interno: 1253

Sede Cerro.

Lunes a jueves 8 a 17 / Viernes 8 a 16 hs.

Pedro Simón Laplace 5749 - 1º Sub Suelo

endoscopia@sanatorioallende.com

Teléfono: 0810 555 2553 Interno: 3209



Escaneá el código QR y accedé a tus estudios.