

REQUISITOS

- Debe presentarse con ropa cómoda, sin esmalte de uñas y sin joyas.
- Venir acompañado de un mayor de edad, quien debe permanecer en la sala de espera durante todo el tiempo que dure el procedimiento.
- Los objetos que porte (celular, reloj, identificación, tarjetas bancarias, documentos, etc) deben quedar con su acompañante.
- Para el correcto desarrollo del estudio es importante que cumpla con una adecuada preparación.
- Requisitos administrativos:
 - DNI
 - Credencial de la Obra Social
 - Orden médica (autorizada en caso de ser necesario.)
 - Último estudio endoscópico (si lo tuviera).
 - Autoevaluación 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

5 días antes del procedimiento

Suspender aspirinas y anticoagulantes 5 días antes del estudio (siempre con supervisión de su médico tratante)

Día previo al procedimiento

Inicie una dieta de alimentos blandos, sin fibras (frutas, verduras o semillas) y aumente el consumo de líquidos claros.

Puede consumir:

Desayuno y merienda: leche descremada, yogurt batido. Pan Blanco o galletas de agua. Té o infusiones de hierbas coladas, Azúcar, Miel de Abeja, Merengue.

Almuerzo y cena: arroz, fideos o tallarines (no integrales). Maicena o Sémola. Huevos, Carnes sin grasa (vaca, pollo o pescado). Agua Mineral, Bebidas transparentes o jugos sin pulpa colada (color claro).

Día del procedimiento

8 hs. antes	Ayuno total. (No agua, chicles o caramelos)
3 hs. antes	1º Enema de Enemol*
1 hs. antes	2º Enema de Enemol*

*Enemol: medicamento de venta libre.

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

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho (angor) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Soplo al Corazón Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Arritmias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probl. Psiquiátricos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enf. Neurológica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Glaucoma Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hemofilia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Usa Sedantes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enf. Renal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enf. Hepática Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epilepsia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Várices Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Toma Aspirina Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anticoagulantes
---	--	---

Operaciones Previas: Si No

| USO MÉDICO

Exámen Físico: Si Hallazgos: _____

Fragilidad: I II III Discapacidad: Parcial Total

Vía Aérea 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.



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.)



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.

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.