



Colonoscopia

Medicamento: IZINOVA - Después de las 12:00 am

Nota: No pacientes renales, ni con enfermedad inflamatoria activa: colitis ulcerativa

Indicaciones generales:

- ✓ El procedimiento dura aproximadamente **3 horas**.
- ✓ En caso de algún retraso o emergencia que tenga el médico se le indicará oportunamente
- ✓ Es obligatorio venir acompañado por un **familiar mayor de edad**.
- ✓ En caso de presentar náuseas durante la preparación puede tomar una cápsula de **CLOPAN** de 10 mg.

Preparación:

- ✓ _____, **deberá** empezar todo el día con la **dieta blanda**, todo alimento **debe** ser licuado, nada sólido (cremas, puré, batidos).
- ✓ _____, **deberá** empezar todo el día con la dieta líquida, los líquidos que puede consumir **deben** ser transparentes tales como el agua de coco, suero oral de coco, Gatorade de manzana. Y **deberá** empezar la medicación de la siguiente manera:

De 17:00 a 18:00 deberá verter 1 frasco de **IZINNOVA** en el dosificador y completar con agua hasta la línea marcada, después de terminar la medicación **deberá** hidratarse con dos medidas del dosificador de líquidos transparentes como: agua, agua de coco o suero oral de coco.

17:00 - 18:00



18:00 - 19:00



- ✓ El día del procedimiento _____, **de 5:00 a 6:00 am verter** 1 frasco de **IZINNOVA** en el dosificador y completar con agua hasta la línea marcada, terminada la medicación **NO** deberá ingerir ningún otro líquido.

05:00 - 06:00



Deberá permanecer en ayunas (no líquidos ni alimentos).

Indicaciones de medicamentos:

En caso de sufrir de epilepsia o de la presión: tomarse la pastilla con un poco de agua 2 horas antes del procedimiento.

Suspender los siguientes medicamentos, bajo supervisión de su cardiólogo:

- ✓ Aspirina, plavix o clopidogrel (5 días antes).
- ✓ Coumadin o warfarina (7 días antes).
- ✓ Enoxaparina o clexane, o fraxiparina subcutáneo (1 día antes).
- ✓ Si toma otro tipo de medicamento anticoagulante, por favor notificar a las recepcionistas.

Exámenes necesarios para el procedimiento:

Exámenes de laboratorios

Examen de sangre estar en ayunas
Torre Medica 1 - Planta Baja (Labs)

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Potasio | <input type="checkbox"/> Bilirrubina total |
| <input type="checkbox"/> Úrea | <input type="checkbox"/> Cloro | <input type="checkbox"/> Prueba covid |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> TP | <input type="checkbox"/> PCR ultrasensible |
| <input type="checkbox"/> Sodio | <input type="checkbox"/> TPT | <input type="checkbox"/> Glucosa en ayunas |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Fecha: _____

Valoración cardiológica

Torre Medica 2 Mezzanine 3

Todo paciente mayor a 45 años o que sea menor pero tenga una cardiopatía de base o se realizará un procedimiento con anestesia general como:

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CPRE | <input type="checkbox"/> Ecoendoscopia |
| <input type="checkbox"/> POEM | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

O el médico lo refiera, deberá realizarse una valoración cardiológica que indique el riesgo quirúrgico.

Si usted cuenta con marcapaso, deberá coordinar para la programación respectiva del mismo.

Fecha: _____

Requisitos:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orden del examen (original) | <input type="checkbox"/> Copia de cédula del paciente y/o afiliado | <input type="checkbox"/> Copia de los 3 últimos recibos de pago | <input type="checkbox"/> Copia transferencia o carta comuna |
| <input type="checkbox"/> Historia laboral de 3 últimas aportaciones IESS | <input type="checkbox"/> Copia carnet jubilación/ montepío | <input type="checkbox"/> Copia carnet seguro | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

- ✓ Traer todos los resultados de exámenes del paciente y en caso de estar hospitalizado solicitar copia de los informes e imágenes.
- ✓ Todo paciente hospitalizado deberá coordinar el traslado en ambulancia.

IMPORTANTE: Informar al personal si se encuentra en algún proceso viral (gripe, tos, fiebre o malestar general).

Nombre del paciente

Firma de recepcionista



Av. Abel R. Castillo S/N y Av Juan Tanca Marengo,
Torre Médica I mezzanine 3 y Torre Médica II 4to piso
consultorio 405- 406, Ciudad de Guayaquil, junto al
Omni Hospital.



Estamos aquí para ti:

Call Center 04 2 109180
WhatsApp 098 663 7750



@ieced



www.ieced.com.ec