

## INSTRUCCIONES PARA EL ALTA

FECHA

--	--	--

Sr./ Sra.: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

El médico que realiza el procedimiento le indicará qué medicamentos y a partir de qué momento, luego de la punción, podrá comenzar a tomarlos. Si está en tratamiento con antiagregantes, anticoagulantes o antiinflamatorios su médico clínico, hematólogo ó cardiólogo le indicará cuando comenzar a tomarlos nuevamente.

### ACTIVIDADES

- Mantenga reposo de 6 a 8 horas, recostado sobre el lado de su cuerpo donde se le realizó la punción. Limite las actividades por el resto del día.
- Luego de la realización del estudio, debe regresar acompañado a su casa y no manejar automóviles ni máquinas durante 12 horas.
- Evite tomar decisiones legales por el día de hoy, asegúrese de movilizarse acompañado. Tenga especial cuidado al subir y bajar de vehículos o escaleras.
- Durante una semana debe evitar toda actividad intensa, ejercicio y levantar objetos pesados.

Pasadas las 6 horas desde la punción, ingiera una dieta liviana con líquidos sin gas, carnes rojas o blancas magras asadas, arroz, fideos sin salsas ni aderezos. Si no presenta náuseas ni vómitos, continúe progresivamente con su dieta habitual. Si tiene dolor y no es alérgico, tome Paracetamol 1 grs. cada 6 horas, los dos primeros días.

Si presenta: sangre roja brillante en el área de la biopsia, tiene más dolor en su abdomen, pecho u hombro derecho, o alguna otra alteración en su organismo tales como vómitos, cambios inmediatos en la evacuación del intestino o algún otro síntoma y/o signo que le llame la atención, busque atención inmediata, concurra al centro de guardia más cercano y contacte, mientras tanto, a \_\_\_\_\_ al número \_\_\_\_\_.

- En el caso de procesarse la muestra con los anatomopatólogos sugeridos por Gedyt, recibirá -en 15 días hábiles- un mail avisando que se encuentra disponible el resultado para que lo retire o bien deberá comunicarse al 5288 6100 de lunes a viernes de 8 a 19 horas.

Observaciones: \_\_\_\_\_

*Estas instrucciones fueron explicadas al paciente y/o su acompañante. Se le entrega una copia.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente | Acompañante

\_\_\_\_\_  
DNI