

INSTRUCCIONES PARA EL ALTA

FECHA

--	--	--

Sr./ Sra.: _____

MEDICAMENTOS

- Dentro de una hora, comience con su medicación habitual (si tuviera alguna indicada).
- Los gases abdominales, acumulados por el estudio, se evacuan espontáneamente. Si persistieran los retorcijones, puede tomar 20 gotas o un comprimido de antiespasmódicos simples (Buscapina, Sertal o similar).
- Si Usted está anticoagulado o toma antiagregantes plaquetarios, siga estrictamente las indicaciones 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 automóviles ni maquinarias peligrosas por doce horas.
- Evite tomar decisiones legales el día de hoy.
- Asegúrese de movilizarse acompañado y tenga especial cuidado, durante las próximas doce horas, al subir y bajar de automóviles o escaleras.

DIETA

- A la hora de finalizado el procedimiento, comience su dieta habitual con líquidos sin gas y comidas livianas (carnes rojas o blancas magras asadas, arroz, fideos sin salsas ni aderezos). Si no presenta náuseas, continúe, progresivamente, por una ingesta habitual.
- No debe tomar bebidas alcohólicas por 24 horas y/o mientras ingiera sedantes y/o analgésicos.

OTRAS INSTRUCCIONES

- Solicite turno con su médico de cabecera. Mientras tanto, continúe con su tratamiento habitual.
- Si tiene dolor excesivo (que no ceda con los medicamentos indicados), o presenta sangrado, náuseas y/o vómitos, o temperatura elevada, contacte a _____ al N°: _____ o a su médico de cabecera.

UD. ES DADO DE ALTA CON:

CONSULTA POST-ENDOSCOPIA: 15 2415 8026

- Recuperación: _____
- Resultado del estudio actual. • Estudios previos. • Prótesis, efectos y valores personales.
- Muestra de material de biopsia/ citología para enviar al Servicio de Anatomía Patológica.
Para consultas acerca del resultado de biopsias, 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