

PREPARACIÓN CÁPSULA ID EN PACIENTE AMBULATORIO

Nombre del paciente: _____

Fecha del estudio: ____/____/____

- El día del estudio, por favor, sea puntual. Preséntese en Gedyt, Juncal 2345 a las 8:00 horas.
- Póngase ropa suelta, cómoda, de dos piezas, y una camiseta oscura que no deje pasar la luz.
- Debe suspender toda medicación oral desde las 20 horas del día anterior.

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto a **externos@gedyt.com.ar**, Tel.: **011 5288 6112**

DÍA PREVIO AL ESTUDIO

- Desde el desayuno, puede tomar todo el líquido que desee (caldo de verduras colado, manzana rallada, gelatina (que no sea de color rojo), jugos normales o dietéticos (que no sea de color rojo), café, té, mate cocido (sin leche), con azúcar o edulcorante y/o gaseosas (sacándoles el gas).
- Debe ingerir alimentos líquidos solamente.
- Debe suspender toda medicación oral desde las 20 horas.

8:00	Comenzar con la toma de Factor AG Pediátrico (gotas). Disolver 40 gotas en medio vaso de agua. Repetir la misma toma cada ocho horas.
20:00	Disolver 1 sobre de Barex-S en $\frac{3}{4}$ de litro de agua y beberlo antes de las 22.00 hs.

DÍA DEL ESTUDIO

- No desayunar ni tomar medicamentos habituales.

6:00	Disolver 80 gotas de Factor AG Pediátrico en un vaso de agua y repetir a la hora.
	Disolver 1 sobre de Barex-S en $\frac{3}{4}$ de litro de agua y beberlo todo. No ingerir más nada (salvo el Factor AG de las 7hs.)

Esta preparación está diseñada para lograr que el intestino delgado contenga un líquido que permita una clara visión de la cápsula. No cumple función de laxante. La falta de deposición no impide la realización del estudio.

POR FAVOR, NO OLVIDE

- Traer estudios anteriores.
- Consultar en su prepaga u obra social si la orden de la práctica a realizar requiere autorización.

ADEMÁS

ANTES DE COMENZAR EL PROCEDIMIENTO, ENTREGUE A LA ASISTENTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CON SU FIRMA.

FICHA MÉDICA PARA EL EXAMEN DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

1. MOTIVO DEL ESTUDIO:

- HEMORRAGIA DIGESTIVA MEDIA:
 - EVIDENTE (MELENA, HEMATOQUECIA)
 - OCULTA (ANEMIA CON FERROPENICA)
- VIGILANCIA DE POLIPOSIS
- MALABSORCIÓN REFRACTARIA
- ENFERMEDAD DE CROHN
- OTROS

2. EXÁMENES PREVIOS (señalar fechas, diagnósticos positivos, etc.)

- ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
- COLONOSCOPIA
- TID
- ARTERIOGRAFIA
- GAMMACAMARA
- TAC/RM
- ENTEROGRAFIA TC/RM

3. EXÁMENES ANATOMOPATOLÓGICOS

4. OTROS EXÁMENES

5. ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA

- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
- INGESTA DE AINES
- DBT SEVERA
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- PARKINSON

6. INGESTA DE MEDICAMENTOS QUE MODIFIQUE LA MOTILIDAD DEL TUBO DIGESTIVO:

- ANTIPARKINSONIANOS
- OPIACEOS

7. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

8. RADIOTERAPIA PREVIA

FICHA DEL PACIENTE PARA EL EXAMEN CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA

DATOS PERSONALES

APELLIDO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: / / SEXO: M / F EDAD: D.N.I

DOMICILIO:

LOCALIDAD: C.P.:

TELÉFONO CELULAR:

OTRO TELÉFONO:

E-MAIL:

DATOS PARA INICIALIZACIÓN DEL REGISTRO

PESO: ALTURA (cm) DIAMETRO DE CINTURA (cm)

CONTEXTURA: DELGADO / NORMAL / SOBREPESO / OBESIDAD

DATOS DE COBERTURA MÉDICA

COBERTURA:

Nº DE AFILIADO: PLAN: EXENTO / GRAVADO

MÉDICO SOLICITANTE:

TELÉFONO: E-MAIL: