

PREPARACIÓN PARA EL ESTUDIO CON PILLCAM COLON 2 O PILLCAM CROHN'S EN PACIENTE INTERNADO

Nombre del paciente: _____

Fecha del estudio: ____ / ____ / ____

- 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.

Para este procedimiento, es muy importante que el colon esté limpio. Por favor, siga estas instrucciones de preparación al pie de la letra y no coma ni beba nada que no esté incluido en las mismas. Durante los días anteriores al procedimiento, beba más líquidos que de costumbre.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN
DOS DÍAS ANTES DEL ESTUDIO

18:00 a 22:00	Beba, al menos, diez vasos con líquidos sin gas (preferentemente, agua).
---------------	--

UN DÍA ANTES DEL ESTUDIO

Durante todo el día	Dieta de líquidos claros (lista que se detalla a continuación). No ingiera alimentos sólidos.
---------------------	---

DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS

Si pone un líquido en un vaso transparente y puede ver a través de él, se lo puede beber.

PERMITIDOS

- ✓ Agua.
- ✓ Jugo de manzana, uva blanca o arándanos.
- ✓ Té o café, sólo, sin leche ni nata.
- ✓ Bebidas gaseosas o energizantes, claras
- ✓ Helados de agua o gelatina (cualquier color a excepción de rojo, azul o violeta).
- ✓ Chicle y caramelos duros de sabor limón o menta.

NO PERMITIDOS

- ✗ Jugos con pulpa.
- ✗ Leche o crema.
- ✗ Sopa o caldo.
- ✗ Bebidas alcohólicas.
- ✗ Alimentos sólidos.

8:00	Tome 40 gotas de Factor AG Pediátrico en medio vaso de agua, cada ocho horas (8, 16, 24 horas).
15:00	Tome 2 comprimidos de Bisacodilo del Barex Kit. Deje pasar una hora y tome los otros 2 comprimidos restantes.
20:00	Prepare 1 frasco del polvo del Barex Kit, en 1 litro de Gatorade frío (naranja o manzana) idealmente, de lo contrario usar agua. Agítelo bien hasta que el polvo se haya disuelto. Tomelo, progresivamente. Debe tomarlo a razón de 1 vaso (250 cc) cada 10 a 15 minutos.


DÍA DEL ESTUDIO

6:00	Tome 40 gotas de Factor AG Pediátrico en medio vaso de agua.
6:30	Prepare el 2do frasco del polvo del Barex Kit, en 1 litro de Gatorade frío (naranja o manzana). Agítelo bien hasta que el polvo se haya disuelto. Tomelo, progresivamente. Debe tomarlo a razón de 1 vaso (250 cc) cada 10 a 15 minutos, en 1 hora debe terminarlo. Luego, no beba más nada y siga un ayuno estricto (nada por boca) hasta que se le indique lo contrario

POR FAVOR, NO OLVIDE

ANTES DE COMENZAR EL PROCEDIMIENTO, ENTREGUE A LA ASISTENTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CON SU FIRMA Y LA FICHA DEL PACIENTE COMPLETA.

INSTRUCCIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO CON PILLCAM COLON / CROHN'S

<p>Quando el registrador emita una señal sonora y vibre:</p> <p>Revise el número indicado en la pantalla del registrador y siga la instrucción correspondiente indicada en la tabla de INSTRUCCIONES.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Nombre del paciente:</p> <p>.....</p> <p>ID del paciente:</p> <p>.....</p> <p>Fecha del procedimiento:</p> <p>.....</p> <p>Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con:</p> <p>.....</p>
---	--

#	INSTRUCCIONES
0	Ingiera 40 gotas de Factor AG Pediátrico con un vaso de agua. Siga un ayuno estricto (sin beber nada más) hasta la próxima alerta.
1	Diluya un frasco de Sulfo-Dom hasta la línea marcada en el envase (480ml), colocarlo en un vaso y beberlo. Beba, por lo menos, 1 litro de agua durante la hora siguiente. Luego puede seguir bebiendo todo tipo de líquidos claros sin limitación alguna.
2	Diluya un frasco de Sulfo-Dom hasta la línea marcada en el envase (480ml), colocarlo en un vaso y beberlo. Beba, por lo menos, 1 litro de agua durante la hora siguiente. Luego puede seguir bebiendo todo tipo de líquidos claros sin limitación alguna.
3	Aplíquese la Microenema.
4	Puede ingerir una comida ligera.
5	Fin del procedimiento. Retírese el equipo del cuerpo.

<p>DURANTE EL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No retire ni desconecte el equipo en ningún momento. ✓ Evite la luz directa del sol. ✓ Manténgase alejado de campos electromagnéticos potentes como los que producen los equipos de resonancia magnética o de radiofrecuencias. 	<p>RETIRADA DE SENSORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando aparezca "Fin del Procedimiento" en el registrador, utilice la lengüeta no adhesiva para despegar cada funda adhesiva teniendo cuidado de dejar el sensor dentro de la funda. No tire de los cables ni extraiga los sensores de las fundas. Si está usando un cinturón de sensores, basta con quitarse el cinturón. ▪ Devuelva todo el equipo (registrador, sensor, bolsa del registrado y correa) a Gedyt. Manipúlelo todo con cuidado. <p>¡Advertencia! Si siente náuseas, dolor abdominal o ganas de vomitar, póngase en contacto con Gedyt.</p>
<p>INSTRUCCIONES ADICIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tras la ingestión de la cápsula, siga un ayuno estricto (no masque chicle ni ingiera líquidos tampoco) hasta que las alertas del registrador le indiquen lo contrario. ✓ Manténgase activo a lo largo de todo el examen, sin dormir. 	

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: