



Data de emissão: \_\_\_\_\_

**Instruções de preparação para a colonoscopia  
Miralax por dois dias + Dulcolax (sem receita)**

*Obrigado por escolher o St. Joseph Hospital!*

Data: \_\_\_\_\_ Horário de chegada: \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

*\*Você poderá ser contatado pelo Departamento de Endoscopia no dia do procedimento para ajustar o horário de chegada.*

Local: 172 Kinsley Street, Nashua, NH - saguão principal, 2º andar do departamento de endoscopia

**O pré-cadastro é necessário uma semana antes do procedimento.** Para fazer o pré-cadastro ou se tiver alguma dúvida sobre o custo da cobertura, ligue para **866-620-4781**.

Se tiver alguma dúvida sobre sua preparação ou procedimento ou se, por qualquer motivo, precisar remarcar seu procedimento, **ligue para 603-578-9363**.

**Planeje com antecedência**

- Ligue e verifique diretamente com sua seguradora o mais rápido possível para determinar se seu procedimento será coberto.
- Se você fez uma colonoscopia no passado com um preparo inadequado, ligue para o nosso consultório o mais rápido possível, pois o seu preparo pode ser alterado.
- Se você apresentar febre, tosse ou qualquer sintoma semelhante ao de um resfriado/gripe, ou se tiver algum exame cardíaco ou respiratório pendente, **DEVE** entrar em contato conosco para reagendar.
- Devido à anestesia que será administrada durante o procedimento, é necessário que você tenha um adulto responsável ou uma pessoa com idade legal para dirigir para levá-lo para casa após o procedimento. Você não pode dirigir ou caminhar. Você não pode pegar um táxi/Uber a menos que esteja acompanhado por um adulto responsável. Estimamos que você poderá retornar às suas atividades normais no dia seguinte ao procedimento. Infelizmente, teremos que cancelar seu procedimento se você não tiver uma carona disponível para voltar para casa.
- Se precisar de assistência com transporte: A Gentle Care Ride oferece transporte médico mediante o pagamento de uma taxa e atende a maior parte da região sul e central de New Hampshire. Eles podem ser contatados pelo telefone 603-341-1720 (eles exigem aviso prévio de pelo menos dois dias; no entanto, ligue com antecedência devido à disponibilidade).



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## Informações sobre seguros

**Recomendamos encarecidamente que você verifique a cobertura de seus benefícios ligando diretamente para a sua seguradora antes da realização de qualquer procedimento para saber quais são os seus benefícios.**

- As estimativas para os procedimentos podem ser fornecidas pelo telefone 866-620-4781.
- O código CPT padrão para uma colonoscopia é **45378** para colonoscopias de triagem e de diagnóstico.
- Se for necessária uma biópsia ou se um pólipó for removido durante o procedimento de triagem, o benefício do seu seguro poderá mudar.
- Sua cobertura de benefícios também pode variar de acordo com o local do seu procedimento. Se o seu seguro tiver problemas para encontrar o St. Joseph Hospital Nashua em seu diretório, nosso número de identificação fiscal é: 02-0222215.
- Se você estiver fazendo um procedimento de endoscopia digestiva alta (EGD) além da colonoscopia, verifique com o seu seguro a cobertura. O código CPT para uma endoscopia digestiva alta (EGD) é **43235**.

**Taxas de anestesia - A anestesia para o SJH é fornecida pela Narragansett Bay Anesthesiology: 401-632-4464.**

- Alguns seguros podem ter restrições quanto à cobertura da anestesia. Recomendamos que você analise seus benefícios individuais.

## Medicamentos

- Se você toma algum suplemento oral de ferro (não infusões), multivitamínico com ferro, óleo de peixe ou vitamina E, **INTERROMPA** o uso desses medicamentos sete dias antes do procedimento.
- **Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo para diabetes e/ou perda de peso DIARIAMENTE, suspenda a medicação por 24 horas antes do procedimento. Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo para diabetes e/ou perda de peso SEMANALMENTE, suspenda o uso uma semana antes do procedimento. Se estiver tomando algum dos medicamentos abaixo para diabetes, entre em contato com o médico que o prescreveu para saber se é necessária uma alternativa/substituição.**
  - Dulaglutida (Trulicity), Exenatida de liberação prolongada (Bydureon bcise), Exenatida (Byetta), Semaglutida (Ozempic), Liraglutida (Victoza, Saxenda), Lixisenatida (Adlyxin), Semaglutida (Rybelsus), Fentermina (Adipex-P, Lomaira), Tirzepatida (Mounjaro)

### **ENTRE EM CONTATO COM O SEU MÉDICO RESPONSÁVEL OU PRESCRITOR SE:**

- Você toma anticoagulantes, como Coumadin (Varfarina), Apixaban (Eliquis), Plavix (Clopidogrel), Aggrenox, Ticlid (Ticlopidina), Pradaxa (Dabigatran), Effient (Prasugrel), Brilinta (Ticagrelor) ou Xarelto para obter instruções sobre como interromper o uso desses medicamentos. ***Não pare de tomar seu anticoagulante sem falar com o médico que o administrou/prescreveu.*** Não há problema em continuar tomando aspirinas.
- Está recebendo injeções de Lovenox. Eles devem ser interrompidos 24 horas antes do procedimento.
- Você tem diabetes. Verifique se são necessários ajustes na medicação, pois você estará em jejum.

**A GI NÃO PODE ACONSELHÁ-LO SOBRE O AJUSTE DE SEUS MEDICAMENTOS. ENTRE EM CONTATO COM SEU MÉDICO RESPONSÁVEL OU PRESCRITOR SE TIVER DÚVIDAS SOBRE SEUS MEDICAMENTOS PRESCRITOS.**



### Itens de preparação para compra

- **Miralax:** (2) frascos de 238 g (8,3 oz) e (1) frasco de 119 g (4,1 oz) de Polietilenoglicol 3350 (Miralax ou genérico).
- **Dulcolax (laxante estimulante):** (4) comprimidos de 5 mg de Dulcolax
- **Lenços umedecidos/barreiras para a pele (se desejar)**
- **Gatorade/bebida esportiva/líquido transparente aprovado:** (2) garrafas de 2 litros (64 oz) e (1) garrafa de 245 ml (32 oz). Qualquer sabor é aceitável, EXCETO os de cor VERMELHA, LARANJA ou ROXA.

### Sete dias antes da colonoscopia

- Compre os itens de preparação com antecedência, se possível.
- **Inicie uma dieta pobre em fibras.** Evite alimentos com sementes, cascas, nozes, saladas e vegetais crus.

| PERMITIDO  | EVITAR  |
|--|---|
| Carnes (bovina, suína, de aves - sem pele) e peixes  | Pães integrais ou de grãos integrais, cereais ou massas   |
| Pão branco sem sementes ou nozes   | Arroz integral ou selvagem, aveia, kasha, cevada, quinoa  |
| Arroz branco, massas brancas, biscoitos  | Frutas secas e suco de ameixa   |
| Panquecas e waffles  | Frutas com sementes, cascas ou membranas (uvas, laranjas, bagas)                                  |
| Cenouras cozidas e descascadas, batatas, abóbora sem sementes, noodles vegetarianos sem casca              | Vegetais e saladas crus ou mal cozidos (milho, alface, couve-de-bruxelas, espinafre)              |
| Frutas sem casca, sementes ou membranas (melões, bananas, maçãs descascadas, frutas enlatadas descascadas) | Feijões, ervilhas e lentilhas   |
| Leite e alimentos derivados do leite, substitutos do leite   | Sementes e nozes, e alimentos que as contenham (manteiga de amendoim e outras manteigas de nozes) |
| Manteiga, margarina, óleos e molhos para salada sem sementes   | Pipoca  |



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## Dois dias antes da colonoscopia

- **Pela manhã** - NENHUM ALIMENTO SÓLIDO, NENHUM LÍQUIDO INTEGRAL, NENHUM PRODUTO LÁCTEO OU ÁLCOOL. **Permaneça apenas com uma dieta líquida clara.**

| PERMITIDO  | EVITAR   |
|--|--|
| Água   | Sem leite, laticínios ou substitutos de laticínios   |
| Café/chá preto (sem leite ou creme)                    | Nenhum líquido VERMELHO, LARANJA ou ROXO             |
| Sucos claros que não sejam vermelhos, laranja ou roxos | Sem suco de uva, ponche de frutas ou cranberry       |
| Caldos claros  | Nenhum suco com polpa (por exemplo, Suco de laranja) |
| Picolés  | Nenhum smoothie                                      |
| Gelatina   | Nenhum leite de castanhas                            |
| Água de coco   |  |

- **A partir das 17h** – Misture um frasco de 238 g de pó de Polietilenoglicol 3350 (Miralax) em um recipiente de 2 litros (64 onças) de Gatorade/Powerade e beba lentamente em um período de 2 ½ horas. Os movimentos intestinais podem se atrasar. Elas podem levar algum tempo para começar. Movimentar-se ajuda.

## Um dia antes da colonoscopia

É muito importante seguir essas instruções de horário, mesmo que você tenha que acordar no meio da noite. Se você concluir a preparação muito cedo, o fluido do seu sistema digestivo pode se acumular, o que afetará a qualidade do seu procedimento.

- **Pela manhã** - Tome (4) comprimidos de 5 mg de Dulcolax. Continue apenas com uma dieta líquida clara. Não são permitidos alimentos sólidos/líquidos integrais.
- **A partir das 17h** - Misture o frasco de 238 g (8,3 oz) de MIRALAX (Polietilenoglicol 3350) em pó em um recipiente de 2 litros (64 oz) de Gatorade/Powerade/líquido transparente e beba lentamente em um período de 2 ½ horas. Os movimentos intestinais podem se atrasar. Elas podem levar algum tempo para começar. Movimentar-se ajuda.



**Manhã do dia da colonoscopia**

**Continue apenas com uma dieta líquida clara. Não são permitidos alimentos sólidos/líquidos integrais.**

**Cinco horas ANTES DA CHEGADA:**

- Misture um frasco de 119 g (4,1 oz) de MIRALAX (Polietilenoglicol 3350) em pó em um recipiente de 1 litro (32 oz) de Gatorade/Powerade/líquido transparente e beba lentamente dentro de uma hora.
- Pode beber apenas líquidos claros\* (consulte a lista de líquidos claros).
- Pode escovar os dentes.
- Ao chegar, as fezes devem estar claras/amarelas; qualquer fluido extra será aspirado durante o procedimento.

**QUATRO HORAS ANTES DA CHEGADA: ABSOLUTAMENTE NADA PELA BOCA - NADA** de chicletes, balas, balas de menta, fumo ou água. Pode usar protetor labial para lábios secos.

Os **ÚNICOS MEDICAMENTOS** que você pode tomar nesta manhã, três (3) horas antes da consulta, são:

- Cardíaco (coração)
- Convulsão
- Pressão arterial
- Medicamentos para asma e inaladores



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## Expectativas do dia da colonoscopia

**Pedimos que traga esses itens com você: Formulário de histórico de saúde da endoscopia preenchido (última página do pacote), nome e número de telefone do seu acompanhante, inaladores, CPAP/BiPAP (se for facilmente transportável), óculos (não use lentes de contato), se estiver menstruada pode usar um absorvente interno, material de leitura ou outros itens em caso de atrasos imprevistos, **uma cópia da sua lista de medicamentos com a dosagem e a última vez que foram tomados (incluindo medicamentos de venda livre).****

**NÃO TRAGA:** Objetos de valor, inclusive joias.

Remova todos os piercings corporais e faciais antes de comparecer para o procedimento.

**Se você usa dentaduras, não use adesivo de dentadura no dia do procedimento, pois pode ser necessário removê-las.**

Antes do início do procedimento, você terá a oportunidade de discutir o procedimento com o gastroenterologista e o anestesista a respeito da sedação. Cada um deles explicará a natureza do procedimento e seus riscos, benefícios e alternativas. Será solicitado que você assine um formulário de consentimento para confirmar que entende e concorda com o atendimento.

Espere ficar no hospital por cerca de 2 ½ a 3 horas. Fazemos todos os esforços para cumprir o prazo, mas podem ocorrer atrasos.

Você precisará descansar pelo resto do dia. Não opere máquinas ou veículos motorizados.

Você receberá uma carta explicando seus resultados aproximadamente duas a três semanas após o procedimento.



**ENDOSCOPIA DO ST. JOSEPH HOSPITAL**

**SEU NOME:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS OU ALIMENTOS:**  Não  Sim favor listar

**Histórico médico pessoal:** Marque todas as opções aplicáveis e liste quaisquer informações médicas adicionais abaixo

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pressão arterial elevada  | <input type="checkbox"/> Apneia do sono<br>CPAP__ BIPAP__                           | <input type="checkbox"/> Convulsões              | <input type="checkbox"/> Doença hepática  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Roncos noturnos  | <input type="checkbox"/> Dor nas<br>costas/lesão | <input type="checkbox"/> Doença renal   |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Câncer,<br>tipo_____    | <input type="checkbox"/> Problemas de sangramento   |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco   | <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Quedas no último ano   |
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco*<br>Em caso afirmativo,<br>descreva:<br>_____ | <input type="checkbox"/> GERD/azia  | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo         | <input type="checkbox"/> Prótese dentária<br>superior/inferior/<br>Parcial (assinale com um<br>círculo) |
|  | <input type="checkbox"/> Acidente vascular<br>cerebral <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo        |   |

**Cirurgia:**

- |  |  |   |   |                                 |
|--|--|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomia                | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar                                   | <input type="checkbox"/> Histerectomia      | <input type="checkbox"/> Cesariana          | <input type="checkbox"/> Hérnia |
| <input type="checkbox"/> Tonsilectomia                 | <input type="checkbox"/> Coração   | <input type="checkbox"/> Cirurgia abdominal | <input type="checkbox"/> Cirurgia<br>ocular | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> Marca-<br>passo/Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Substituição de articulações,<br>localização_____ |   |   | <input type="checkbox"/> Outro: |

Quando foi a última vez que você **INGERIU LÍQUIDOS**, incluindo sua preparação:  
\_\_\_\_\_

Você tem algum **metal no corpo** (não nos dentes)?  Não  Sim Em caso afirmativo,  
onde? \_\_\_\_\_

Mulheres - Último **período menstrual:** \_\_\_\_\_ Há alguma chance de estar grávida?  Não  Sim

**Pergunta sobre saúde comunitária** (não relacionada ao seu procedimento!) - Você preencheu um testamento vital ou uma procuração para cuidados com a saúde? Esse é um documento formal que nomeia alguém para tomar decisões por você caso não possa fazê-lo.

Sim  Não Em caso negativo, você gostaria de obter **mais informações?**  Sim  Não

**Se você tiver uma lista** de seus medicamentos, **ENTREGUE-a à enfermeira - \*\*NÃO PREENCHA ABAIXO\*\***

INCLUA medicamentos de venda livre e fitoterápicos, POR FAVOR.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

| Medicamento | Dosage | Com que | Última | Medicamentos | Dosage | Com que | Última |
|-------------|--------|---------|--------|--------------|--------|---------|--------|
|             |        |         |        |              |        |         |        |
|             |        |         |        |              |        |         |        |
|             |        |         |        |              |        |         |        |
|             |        |         |        |              |        |         |        |
|             |        |         |        |              |        |         |        |

**Nome da pessoa que levará você para casa hoje?** \_\_\_\_\_ **Número de telefone** \_\_\_\_\_

Quais itens você tem com você HOJE para o procedimento? Se você tiver algum desses itens na entrada, queremos garantir que você os tenha na saída! Deixe seus objetos de valor em casa. Circule todas as opções aplicáveis

Próteses dentárias: total parcial superior inferior

Óculos

Aparelhos auditivos

Bengala Andador

Cadeira de rodas individual Outro: \_\_\_\_\_