



## EGD/上消化道内窥镜检查准备说明

感谢您选择St. Joseph Hospital !

日期：\_\_\_\_\_ 到院时间：\_\_\_\_\_ 医生\_\_\_\_\_

*\*内镜科可能会在手术当天与您联系，以调整您的到院时间。\**

位置：172 Kinsley Street, Nashua, NH – Main Lobby, 2<sup>nd</sup> Floor Endoscopy Department

手术前一周需要预约挂号。想预约挂号，或者如果您对保险费用有任何疑问，请致电 **866-620-4781**。

如果您对手术准备或手术有任何疑问，或者出于任何原因您需要重新安排手术，，请致电**603-578-9363**。

### 提前计划

- 尽快打电话直接咨询您的保险公司，以确定您的手术是否在理赔范围内。
- 如果您出现发烧、咳嗽或任何类似感冒/流感的症状：或有任何心脏或呼吸检查未做完，则必须打电话给我们重新安排时间。
- 由于手术过程中会实施麻醉，因此需要有一名可靠的成年人或达到法定驾驶年龄的人在手术后开车送您回家。您不能开车或走路。您手术后第二天完全可能恢复正常活动。如果无人开车送您回家，我们将不得不取消您的手术。



## 保险信息

我们强烈建议您在接受任何手术之前，直接致电您的保险公司核实您的福利承保范围，从而了解您的福利详情。

- 可以通过拨打866-620-4781了解手术的预估费用。
- 结肠镜检查的标准CPT代码是**45378**，筛查和诊断性结肠镜检查均适用。
- 如果在筛查过程中需要进行活检或切除息肉，您的保险福利可能会发生变化。
- 您的福利承保范围也可能因手术地点而异。如果您的保险公司在名录中找不到St. Joseph Hospital Nashua，我们的税号是：02-0222215。
- 如果您除了结肠镜检查之外还进行了上消化道内窥镜检查(EGD)，请向您的保险公司核实承保范围。上消化道内窥镜检查(EGD)的CPT代码为**43235**。

**麻醉费用**——SJH的麻醉服务由 **Amoskeag Anesthesia**提供：1-888-446-0870。

- 某些保险可能对麻醉的承保范围有所限制。我们建议您查看您的个人福利。

## 药物

- 如果您服用任何口服铁补充剂（非输液）、含铁复合维生素、鱼油或维生素E，请在手术前7天停用这些药物。阿司匹林可以继续服用。
- 如果您仅出于减肥目的每日服用下列任何一种药物，请在手术前 **24** 小时内暂停服药。如果您仅出于减肥目的每周服用下列任何一种药物，请在手术前 **1** 周内暂停服药。
  - Dulaglutide (Trulicity)、Exenatide 缓释(Bydureon bcise)、Exenatide (Byetta)、Semaglutide (Ozempic)、Liraglutide (Victoza、Saxenda)、Lixisenatide (Adlyxin)、Semaglutide (Rybelsus)

如果属于以下情况，请致电您的主治医师或处方医师：

- 您服用血液稀释剂，如 Coumadin (Warfarin)、Apixaban (Eliquis)、Plavix (Clopidogrel)、Aggrenox、Ticlid (Ticlopidine)、Pradaxa (Dabigatran)、Effient (Prasugrel)、Brilinta (Ticagrelor)或 Xarelto，想了解停止服药的说明。请不要在未与您的主治医师/处方医师沟通前停止服用您的血液稀释剂。
- 您正在接受 Lovenox 注射。上述必须在手术前 24 小时停药。
- 您患有糖尿病，想讨论您的糖尿病药物。

**GI**无法就调整其他用药给予建议。如果您对您的处方药有任何疑问，请致电您的主治医师或处方医师。



**EGD/上消化道内窥镜检查前一天**

您一整天都可以正常进食。

**午夜后（直到手术当天早晨）——**

不吃固体食物，避免全流质饮食，不吃乳制品，不喝酒。只采取清流质饮食。

允许	避免
水	避免牛奶，乳制品或乳制品替代品
黑咖啡/茶（不加牛奶、奶精）	避免红色、橙色或紫色液体
避免红色、橙色或紫色的透明果汁	避免葡萄、水果饮料，或蔓越莓汁
清汤	避免带果肉的果汁（例如橙汁）
冰棍	避免奶昔
果冻	避免坚果牛奶
椰子水	

**EGD/上消化道内窥镜检查当天早晨**

请继续保持只采取清流质饮食。杜绝固体食物/全流质饮食。

**到院前4小时：绝对不要进食任何东西——**

杜绝嚼口香糖；糖果；薄荷糖；抽烟，喝水。嘴唇干燥可以使用唇膏。

您当天早上在就诊前三(3)小时仅可以服用以下药物：

- 心脏
- 癫痫
- 血压
- 哮喘药物和吸入器



## EGD/上消化道内窥镜检查当日流程

**我们要求您携带以下物品：**完整的内窥镜检查健康史表（资料包的最后一页），送您回家的驾车人姓名和电话号码，吸入器，CPAP/BiPAP（如果易于运输），眼镜（不要戴隐形眼镜），如果在月经期间可以使用卫生棉条，阅读资料或其他物品以防不可预见的延误，一份**您的药物清单副本，列明剂量和上次服用时间（包括非处方药）。**

**请不要携带：**任何贵重物品，包括珠宝。**如果您佩戴假牙，请不要在手术当天使用假牙粘附剂，因为可能需要取出假牙。**

在手术开始前，您将有机会与您的胃肠病医师和麻醉师讨论关于手术镇静事宜。他们将分别解释手术的性质，及其风险、好处和替代方案。您将需要签署一份同意书，表示您理解并同意该治疗。

预计您将在医院停留大约2 ½到3个小时。我们会尽一切努力按时进行，但可能会出现延误。

术后当天您需要休息。不要操作任何机器或驾驶机动车辆。

您将在手术后大约2到3周收到一封信件，向您说明手术的结果。



ST. JOSEPH HOSPITAL内窥镜检查

您的姓名：\_\_\_\_\_

药物或食物过敏：否是请列出\_\_\_\_\_

个人病史：请勾选所有适用项，并在下面列出任何其他医疗信息

- |                                |  |                                     |                                    |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血压   | <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暂停                          | <input type="checkbox"/> 癫痫         | <input type="checkbox"/> 肝病        |
| <input type="checkbox"/> 高胆固醇  | CPAP__   | <input type="checkbox"/> 背痛/受伤      | <input type="checkbox"/> 肾病        |
| <input type="checkbox"/> 贫血    | BIPAP__  | <input type="checkbox"/> 癌症，类型_____ | <input type="checkbox"/> 出血问题      |
| <input type="checkbox"/> 心脏病发作 | <input type="checkbox"/> 夜间打鼾                            | <input type="checkbox"/> 糖尿病        | <input type="checkbox"/> 在过去一年曾摔倒  |
| <input type="checkbox"/> 心脏问题* | <input type="checkbox"/> COPD                            | <input type="checkbox"/> 甲状腺功能减退    | <input type="checkbox"/> 假牙 上部/下部/ |
| 如果是，请说明：_____                  | <input type="checkbox"/> 哮喘                              | <input type="checkbox"/> 甲状腺功能亢进    |                                    |
|                                | <input type="checkbox"/> GERD/胃灼热                        |                                     | 部分（请圈出）                            |
|                                | <input type="checkbox"/> 中风 <input type="checkbox"/> TIA |                                     |                                    |

手术：

- |                                  |                                       |                                |                                |                              |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 阑尾切除术   | <input type="checkbox"/> 胆囊           | <input type="checkbox"/> 子宫切除术 | <input type="checkbox"/> 剖腹产手术 | <input type="checkbox"/> 疝气  |
| <input type="checkbox"/> 扁桃体切除术  | <input type="checkbox"/> 心脏           | <input type="checkbox"/> 腹部外科  | <input type="checkbox"/> 眼科手术  | <input type="checkbox"/> 其他： |
| <input type="checkbox"/> 起搏器/除颤器 | <input type="checkbox"/> 关节置换，位置_____ |                                |                                | <input type="checkbox"/> 其他： |

您最后一次饮用液体是什么时候，包括您的手术准备：\_\_\_\_\_

您身体里是否含有金属（牙齿除外）？否是 如果是，在哪里？\_\_\_\_\_

女性 - 末次月经期：\_\_\_\_\_您是否有可能已怀孕？否 是

社区健康问题 - （与您的手术无关！）-

您是否已填写生前遗嘱或医疗保健委托书？这是一份正式文件，指定某人在您无法做决定时为您做决定。

是 否 如果否，您是否想进一步了解？是 否

如果您有药物清单，请交给护士\*\*不要填写下面的内容\*\*

请包括非处方药和草药。

药物	剂量	多久一次	最后一剂	药物	剂量	多久一次	最后一剂

今天送您回家的人员姓名？

电话号码 \_\_\_\_\_



# ST. JOSEPH HOSPITAL

您今天带了哪些物品来做手术？如果您带入了以下物品，我们希望确保您离开时记得带走！

请把贵重物品留在家里。 圈出所有适用项

假牙：全口 部分 上部 下部      眼镜      助听器      拐杖      助行器

个人轮椅 其他：\_\_\_\_\_