



Data de emissão: \_\_\_\_\_

## Instruções de preparação para a colonoscopia

### **SUPREP** (Prescrição)

*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 se cadastrar 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. 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.



### 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 Amoskeag Anesthesia: 1-888-446-0870**

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

### Medicamentos

- **Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo apenas para perda de peso DIARIAMENTE, suspenda a medicação por 24 horas antes do procedimento. Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo apenas para perda de peso SEMANALMENTE, suspenda o uso uma semana antes do procedimento.**
  - Dulaglutida (Trulicity), Exenatida de liberação prolongada (Bydureon bcise), Exenatida (Byetta), Semaglutida (Ozempic), Liraglutida (Victoza, Saxenda), Lixisenatida (Adlyxin), Semaglutida (Rybelsus)

**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.
- Você tiver diabetes, para discutir seus medicamentos para diabetes.
- Está recebendo injeções de Lovenox. Eles devem ser interrompidos 24 horas antes do procedimento.
- Em caso de dúvidas sobre todos os outros medicamentos, consulte seu médico responsável ou o médico que o prescreveu.

**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**

- Prescrição de 1-SuPrep (que será enviada eletronicamente para a farmácia de sua preferência).

**Sete dias antes da colonoscopia**

- Compre os itens de preparação com antecedência, se possível.
- PARE com suplementos orais de ferro (não infusões), multivitamínico com ferro, óleo de peixe, vitamina E.
- **Inicie uma dieta pobre em fibras.** Evite alimentos com sementes, cascas, nozes, saladas e vegetais crus.

<b>PERMITIDO</b>	<b>EVITAR</b>
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

**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.

**Antes das 10h** - Você pode tomar um café da manhã LEVE.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

**Após as 10h** - 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**

- Despeje 1 frasco de 180 ml (6 oz) de líquido SuPrep no recipiente de mistura. Adicione água fria até a linha de 480 ml (16 oz) no recipiente. Beba **TODO** o líquido
- Entre as 18h e as 19h, beba mais dois recipientes de 480 ml (16 oz) de água.

## **Manhã do dia da colonoscopia**

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

## **SEIS HORAS ANTES DA CHEGADA**

- Despeje 1 frasco de 180 ml (6 oz) de líquido SuPrep no recipiente de mistura. Adicione água fria até a linha de 480 ml (16 oz) no recipiente. Beba **TODO** o líquido.
- Durante a próxima hora, beba mais dois recipientes de água de 480 ml (16 oz).
- 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



**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. ***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.

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

**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 ocular | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> Marca-passo/Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Substituição de articulações, 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.

Medicamento	Dosage	Com que	Última	Medicamentos	Dosage	Com que	Última



# ST. JOSEPH HOSPITAL

--	--	--	--	--	--	--

**Nome da pessoa que o levará 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: \_\_\_\_\_