

Instruções de preparação para a colonoscopia

Miralax + 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. 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 seu seguro de saúde 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.
- Códigos CPT para colonoscopias: Diagnóstico (sem triagem) = 45378. Rastreamento de baixo risco (sem histórico pessoal ou familiar de câncer de cólon ou pólipos no cólon) = G0121. Rastreamento de alto risco (histórico pessoal ou familiar confirmado de câncer de cólon ou pólipos no cólon) = G0105.
- Se for necessária uma biópsia ou se um pólipos for removido durante o procedimento de triagem, o benefício do seu seguro poderá mudar.
- O código CPT para uma endoscopia digestiva (EGD) é 43235. Se você estiver realizando um procedimento de endoscopia digestiva (EGD) juntamente com uma colonoscopia, é recomendável verificar a cobertura com o seu seguro de saúde
- 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.

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 estiver a tomando qualquer suplementos orais de ferro (não infusões), multivitaminas com ferro, óleo de peixe ou vitamina E, PARE de tomar estes medicamentos 7 dias antes do seu procedimento.
- **Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo apenas 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 apenas para perda de peso SEMANALMENTE, suspenda o uso uma semana antes do procedimento. Se você toma algum medicamento para diabetes, por favor ligue para o médico que prescreveu para saber se será necessário substituir ou outra alternativa para seu medicamento.**
 - Dulaglutida (Trulicity), Exenatida de liberação prolongada (Bydureon bcise), Exenatida (Byetta), Semaglutida (Ozempic, Rybelsus, Wegovy), Liraglutida (Victoza, Saxenda), Lixisenatida (Adlyxin), Fentermina (Adipex-P, Lomaira). Tirzepatida (Mounjaro e Sepbound), Naltrexona/bupropiona (Contrave)
 - Empagliflozina (Jardiance) – Por favor, suspenda 4 dias antes do procedimento.

ENTRE EM CONTATO COM O SEU MÉDICO RESPONSÁVEL OU O MÉDICO QUE PRESCREVEU SE:

- Você toma anticoagulantes, como Lovenox (Enoxaparina), Coumadin (Varfarina), Apixaban (Eliquis), Plavix (Clopidogrel), Aggrenox, Ticlid (Ticlopidina), Pradaxa (Dabigatrana), 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 prescreveu.***
- **Se os anticoagulantes não forem suspensos antes da chegada, seu procedimento poderá ser cancelado.** Não há problema em continuar tomando aspirinas.
- Está recebendo injeções de Lovenox. Eles devem ser interrompidos 24 horas antes do procedimento.
- Você é diabético. Por favor, verifique se são necessários ajustes na medicação, pois você estará em jejum.

O Gastroenterologista não pode aconselhá-lo sobre o gerenciamento de seus medicamentos. Por favor, ligue para seu médico primário ou o médico que prescreveu os medicamentos prescritos.

Itens de preparação para compra

- **Miralax (também conhecido como Polietilenoglicol 3350):** (1) frasco de 238g/8,3 oz e (1) frasco de 119g/4,1 oz de Miralax. Pode ser utilizada a marca original ou um equivalente genérico.
- **Dulcolax (laxante estimulante):** 4 comprimidos de 5mg. Pode ser utilizada a marca original ou o equivalente genérico.
- **Lenços umedecidos/barreiras para a pele (se desejar)**
- **Gatorade/bebida esportiva/líquido transparente aprovado:** (1) garrafa de 2 litros (64 oz) e (1) garrafa de 1 litro (32 oz). Qualquer sabor é aceitável, EXCETO os de cor VERMELHA, LARANJA ou ROXA.

Alterações na dieta Antes da colonoscopia

Nos dias que antecedem o procedimento, você precisará modificar sua dieta. Siga uma dieta com baixo teor de fibras para que seu cólon seja devidamente limpo, permitindo que o gastroenterologista realize um exame completo.

Por favor comece uma dieta estrita com baixo teor de fibras 5 dias antes do procedimento agendado se:

- Você tem problemas com constipação.
- Você é diabético..
- Se você está utilizando algum dos medicamentos da classe GLP-1 listados na seção de medicamentos acima para diabetes ou perda de peso.

Por favor, inicie uma dieta estrita com baixo teor de fibras 3 dias antes do procedimento se:

- Você não é diabético
- Você não utiliza nenhum dos medicamentos GLP-1 listados na seção de medicamentos acima.



ST. JOSEPH HOSPITAL

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, pasta vegetariana 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.

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	Sem milk-shakes



ST. JOSEPH HOSPITAL

A partir das 17h

- Misture um frasco de 238 g de pó de Polietilenoglicol 3350 (Miralax) em um recipiente de 2 litros (64 oz) de Gatorade/bebida esportiva/líquido transparente aprovado 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.
- Náuseas são comuns. Tente tolerar o máximo possível. O vômito é raro, mas acontece e não há problema, desde que você tome o máximo possível com muito líquido.

A partir das 20h - Tome (4) comprimidos de 5 mg de Dulcolax de uma vez.

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 em pó em um recipiente de 1 litro (32 oz) de Gatorade/bebida esportiva/líquido claro aprovado 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



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.
Por favor, remova todos os piercings corporais e faciais, esmalte de unha, unhas postiças/acrílicas antes de vir.

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
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 costas/lesão | <input type="checkbox"/> Doença renal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Câncer, 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*
Em caso afirmativo, descreva: _____ | <input type="checkbox"/> GERD/azia | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo | <input type="checkbox"/> Prótese dentária superior/inferior/Parcial (assinale com um círculo) |
| | <input type="checkbox"/> Acidente vascular 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 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 em seu 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, 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.

Medicamentos	Dosagem	Com que frequência	<u>Última dosagem</u>	Medicamentos	Dosagem	Com que frequência	<u>Última dosagem</u>



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: _____