



**ST. JOSEPH  
HOSPITAL**

Data de emissão: \_\_\_\_\_

### Instruções de preparação para a colonoscopia

### **NuLYTELY (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 seu 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, por favor, **ligue para 603-578-9363**.

#### **Planeje com antecedência**

- Ligue e verifique diretamente com sua companhia de seguros 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 mudar..
- Você DEVE nos ligar para remarcar se: desenvolver febre, tosse ou qualquer sintoma semelhante ao de um resfriado/gripe, ou se tiver qualquer teste cardíaco ou respiratório pendente, ou se estiver tomando antibióticos.
- Devido à anestesia que será administrada durante seu 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. Esperamos que você possa retornar às suas atividades normais no dia seguinte ao procedimento. Infelizmente, teremos que cancelar seu procedimento se você não tiver um acompanhante disponível para levá-lo para casa.



# 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:: Diagnóstico (não rastreamento)= **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, o benefício do seu seguro poderá mudar.

O código CPT para uma endoscopia digestiva alta (EGD) é **43235**.

- Se você estiver fazendo um procedimento de endoscopia digestiva alta (EGD) além da colonoscopia, verifique com o seu seguro a cobertura.
- 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 tomar suplementos de ferro oral (não infusões), multivitaminas com ferro, óleo de peixe ou vitamina E, PARE de tomar esses medicamentos 7 dias antes do seu procedimento.**

- **Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo apenas para diabetes ou perda de peso DIARIAMENTE, suspenda a medicação por 24 horas antes do procedimento. Se você toma algum dos medicamentos listados abaixo para diabetes ou perda de peso SEMANALMENTE, suspenda o uso uma semana antes do procedimento. Se você toma qualquer um dos medicamentos abaixo listados para diabetes por favor, contate seu médico prescritor para saber se é necessário um substituto/alternativa.**
- Dulaglutida (Trulicity), Exenatida de liberação prolongada (Bydureon bcise), Exenatida (Byetta), Semaglutida (Ozempic, Rybelsus, Wegory), Liraglutida (Victoza, Saxenda), Lixisenatida (Adlyxin), Fentermina (Adipex-P, Lomaira). Tirzepatida (Mounjaro e Zepbound), Naltrexona /bupropiona (Contrave)
- Empagliflozina (Jardiance) – Por favor, pare 4 dias antes do seu procedimento.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

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

### **SE:**

- Você toma anticoagulantes, como Lovinox(Enoxaparina), Coumadin (Varfarina), Apixaban (Eliquis), Plavix (Clopidogrel), Aggrenox, Ticlid (Ticlopidina), Pradaxa (Dabigatran), Effient (Prasugrel), Brilinta (Ticagrelor) ou Xarelto para obter instruções sobre como parar o uso desses medicamentos. **Por favor, não pare de tomar seu anticoagulante sem falar com seu médico ferenciador/prescritor. Se os anticoagulantes não forem parados antes da chegada, seu procedimento pode ser cancelado.** A aspirina pode ser continuada.
- Você é diabético. Por favor, verifique se são necessários ajustes de medicamentos, pois você estará em jejum.

**A GASTROENTEROLOGISTA 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**

- **NuLYTELY:** (1) Prescrição de 1-NuLYTELY. Ele será enviado eletronicamente para a farmácia de sua preferência. Isso também será acompanhado por uma garrafa descartável de 3.8 litros (128 oz).
- **Gatorade/bebida esportiva/líquido claro aprovado:** Líquido claro preferido para misturar com o NuLYTELY em pó. **NÃO** use líquidos de cor VERMELHA, LARANJA ou ROXA.

### **Alterações na Dieta antes da colonoscopia**

Até o dia do seu procedimento, você precisará modificar sua dieta. Por favor, siga uma dieta com baixo teor de fibras para que seu cólon esteja devidamente limpo para o gastroenterologista realizar um exame completo.

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

- Você tem problemas com constipação.
- Você é diabético.
- Você está usando qualquer um dos medicamentos GLP-1 listados na seção de medicamentos acima para diabetes ou perda de peso.

*pag. 3*

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



# ST. JOSEPH HOSPITAL

- Você não é diabético
- Você não usa qualquer um dos medicamentos GLP-1 listados na seção de medicamentos acima.

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

## 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 líquido do seu sistema digestivo pode se acumular novamente, 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	

pag. 4



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## A partir das 17h

- Misture todo o pacote de NuLYTLELY em pó em uma jarra fornecida conforme indicado pela prescrição (recomenda-se líquido frio):
- Beba metade da mistura, no máximo 240 ml (8 oz) (Uma xícara) a cada 15 minutos até que a metade do recipiente termine
- Leve à geladeira a metade restante.
- Os movimentos intestinais podem se atrasar. Elas podem levar algum tempo para começar.
- Náuseas são comuns. Tente beber o máximo possível. O vômito é raro, mas pode acontecer e não há problema, desde que você tome o máximo possível com muitos líquidos.
- Misturar várias vezes com pacotes de sabor Crystal Light pode ajudar.

## **Manhã do dia da colonoscopia**

**Por favor, continue apenas com uma dieta líquida clara. Não são permitidos alimentos sólidos/líquidos espessos.**

## **SEIS HORAS ANTES DA CHEGADA**

- Beba o restante da mistura NuLYTLELY. ~ 240 ml (8 oz) (uma xícara) a cada 15 minutos
- Pode beber apenas líquidos claros\* (consulte a lista de líquidos claros)
- Pode escovar os dentes

**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 que o levará para casa, 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 sem receita).**



# ST. JOSEPH HOSPITAL

***Por Favor NÃO TRAGA:*** Objetos de valor, inclusive joias. Por favor remova todos os piercings corporais e faciais, esmalte de unha, unhas artificiais/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.

Esperamos que você fique 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.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

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

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

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: \_\_\_\_\_