## ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

• Os pacientes fumantes devem evitar ou reduzir ao máximo o consumo de cigarros na semana que antecede o exame.
• Na unidade não será permitido fumar.
• Desde a véspera do exame, NÃO fazer o uso de bebidas alcoólicas.
• Trazer sandália tipo havaianas.
• Caso tenha piercing, removê-lo.
• Siga corretamente todas as etapas de preparo para o exame de colonoscopia. Para que o exame possa ser realizado, o intestino deve estar completamente limpo e sem resíduos.
• Intercorrência ou Dúvidas:
Contato: 3045-4335 / 4336 / 4332 / 98276-3531
• Em caso de desistência e/ou remarcação do exame entrar em contato com a Central de Marcação 3352-9000.

## ORIENTAÇÕES PARA CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR

### MEDICAÇÕES

☐ Voltar a usar remédios de uso regular
☐ Entregue receita médica
☐ Sem receita médica
☐ Outros:_____

### DIETA

• Fazer uma dieta leve após o exame, retornando a dieta normal no dia seguinte.
• Evitar ingestão de frituras, preparações picantes ou muito ácidas, folhas e leguminosas (feijão, ervilha, lentilha e grão de bico).

### PRECAUÇÕES DA ANESTESIA

• **NÃO** dirigir veículos e não operar máquinas no dia do exame.
• **NÃO** ingerir bebidas alcoólicas por 24 horas.

### REVISÃO

• Ligar para o consultório agendando a revisão.
• Levar o laudo do exame e da biópsia (se houver).

### AVISAR AO MÉDICO ENDOSCOPISTA ATRAVÉS DO TELEFONE: _____ SE APRESENTAR:

• Sangramento retal
• Dor abdominal
• Febre
• Distensão abdominal acentuada.

_____ Data

_____ Enfermeira (COREN)

ITAIGARA MEMORIAL®
GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA

Al. das Espatódeas, 611 - Caminho das Árvores
CEP: 41820-460 / Salvador -BA
**Central de Marcação de Consultas e Exames: (71) 3352-9000**

# Orientação Pré e Pós-Exame de Colonoscopia

## PREPARO COM MUVINLAX

Nome:_____
_____

Idade:_____

Endoscopista:_____

### HORÁRIO DO EXAME

Seu exame está marcado para o dia_____às_____:_____horas.
Comparecer a Unidade Gastro Hepato às_____:_____horas.

Este impresso contém orientações que devem ser lidas com atenção e seguidas **rigorosamente.**

Traga-o no dia do seu internamento, **juntamente com todos os exames (inclusive endoscópicos anteriores) e relatórios médicos.**

É **obrigatório** a presença de um acompanhante adulto durante todo o período da internação até a alta hospitalar.

O paciente não deverá retornar ao domicílio, após o exame, utilizando **transporte coletivo ou dirigindo.**

O Hospital não fornece alimentação para acompanhante.

CÓD. GH-021 V01

## ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM

**Dieta da Véspera para Preparo do Cólon ( _____/_____/_____)**
Sua refeição deve ser realizada em cinco horários distintos ao longo do dia, conforme orientações a seguir.

**• CAFÉ DA MANHÃ - 07:00 ÀS 08:00 HORAS**

**CAFÉ PRETO:** 1 xícara por dia;

**CARBOIDRATO:** 01 unidade de pão branco OU
04 unidades de Torradas OU
04 unidades de Biscoito Água e Sal;

**PROTEÍNA:** Queijo Cottage - 1 colher de sopa OU
01 ovo cozido.

**• LANCHE - MANHÃ E TARDE**
Consumo livre de líquidos, sucos, suspiro, gelatina e picolé.

**LÍQUIDOS E SUCOS:** sem resíduos, claros e coados, água de coco, água e chás.
**SUCOS:** laranja, lima, maracujá, tangerina e acerola.
**GELATINA:** limão, tangerina, abacaxi e maracujá.
**ISOTÔNICO:** gatorade de limão e tangerina.
**DOCE:** suspiro e mel (exceto para diabéticos)
**PICOLÉ:** limão

**• ALMOÇO - 12:00 HORAS**

Sopa de legumes (batata + cenoura + chuchu). Cozinhe os três legumes descascados com carne branca e os temperos (alho, cebola, tomate sem pele e sem semente e sal a gosto). Após o cozimento retire a carne. Liquidifique os legumes cozidos e peneire.
**Importante:** Não utilizar abóbora, extrato de tomate ou condimentos

Após a sopa das 12 horas, manter líquidos claros, coados até às ____:____hs.

Obs.: Fazer a ingestão de líquidos durante todo o dia para evitar processo de desidratação durante o preparo.

## PREPARO EXTERNO COM MUVINLAX

**VÉSPERA DO EXAME _____/_____/_____**
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

| Medicação | Dosagem | Horário | Observação |
|---|---|---|---|
| Dulcolax ou Lacto-Purga | 2 comprimidos | 14:00 | |
| Dramin ou Plamet | 1 comprimido ou 35 gotas | ____:____ | |
| Muvinlax | 200 ml | ____:____ | A cada 20 minutos até o término da solução. |

**Preparo Muvinlax:** Diluir os 20 sachês em 1,5 litros de água gelada.
**A solução de muvinlax pode ser colocada na geladeira e ser ingerida gelada durante todo o preparo.**

**DIA DO EXAME _____/_____/_____**

| Medicação | Dosagem | Horário | Observação |
|---|---|---|---|
| Dramin ou Plamet | 1 comprimido ou 35 gotas | ____:____ | |
| Muvinlax | 200 ml | ____:____ | A cada 20 minutos até o término da solução. |

**Preparo Muvinlax:** Diluir os 20 sachês em 1,5 litros de água gelada.
**A solução de muvinlax pode ser colocada na geladeira e ser ingerida gelada durante todo o preparo.**

Ao término da solução, manter dieta líquida (água, água de coco) até ____:____h. Após esse horário **DIETA ZERO** (nem água é permitido).

• Suspender as medicações _____
_____
a partir das ____:____ horas do dia _____/_____/_____.

• Manter as seguintes medicações: _____
_____

_____ Data

_____ Assinatura CREMEB

Orientação e Aprazamento

_____ Assinatura COREN

## EXAMES PRÉ ANESTÉSICOS PENDENTES.

**CARDIOLÓGICOS**
- ☐ ECG
- ☐ Teste Ergométrico
- ☐ ECO
- ☐ Avaliação Cardiológica
- ☐ Outros:_____

**LABORATORIAIS**
- ☐ Hemograma
- ☐ Coagulograma
- ☐ Glicemia
- ☐ Uréia
- ☐ Creatinina
- ☐ Outros:_____

CÓD. GH-021 V01