

RELAÇÃO DE CONVÊNÍOS

- AMIL
- APUB
- ASFEB
- ASSEFAZ
- BANCO CENTRAL
- BRASIL A DISTÂNCIA
- CAMED
- CASEMBRAPA
- CASSEB
- CASSI
- CIGNA
- CODEVASF
- CONAB
- EMBRATEL / PAME
- FACHESF
- LIFE EMPRESARIAL SAÚDE
- MEDISERVICE
- NOTRE DAME INTERMÉDICA
- OMINT/SKILL
- PETROBRAS
- PETROBRAS DISTRIBUIDORA
- PLAN ASSIST
- PLAS JMU
- PORTO SEGURO
- PROMÉDICA SUPLETIVA
- SAÚDE BRADESCO
- SAÚDE CAIXA
- SUL AMÉRICA
- TRT 5
- UNAFISCO
- UNIMED NORTE NORDESTE
- UNIMED SEGUROS



Al. das Espátódeas, 611 - Caminho das Árvores
CEP: 41820-460 / Salvador -BA
Central de Marcação de Consultas e Exames: (71) 3352-9000
contato@itaigaramemorial.com.br
www.itaigaramemorial.com.br

Orientação Pré e Pós-Exame de Endoscopia

Nome: _____

As orientações contidas neste impresso devem ser lidas com atenção.

Trazer os exames endoscópicos anteriores, e o manual de orientação pré e pós exame de endoscopia.

É **obrigatório** a presença de um único acompanhante, adulto responsável durante todo período do exame até a alta hospitalar.

Comparecer a unidade Gastro Hepato 30 minutos antes do horário marcado do exame.

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

Não dirigir veículos e não operar máquinas por 24 horas.

O hospital não disponibiliza estacionamento.

Em caso de **desistência**, favor entrar em contato com a central de marcação o mais breve possível.

Para maiores informações:
Consultar a Central de Marcação de Consultas e Exames através dos
telefone 71 3352-9000, via whatsapp 71 99688-2300
ou contatar seu plano de saúde.

ORIENTAÇÕES DO ANESTESIOLOGISTA: NÃO SE APLICA

1.1 - Evitar uso de cigarros 24h antes do exame.

1.2 - Não ingerir bebidas alcoólicas 24h antes do exame.

1.3 - Suspender as medicações _____
a partir das ____:____ horas do dia _____.

1.4 - Manter as seguintes medicações: _____

DIETA:

DIETA ZERO (nem água é permitido), partir de ____:____ horas.

EXAMES SOLICITADOS:

() Exames Laboratoriais: _____

() Exames Cardiológicos: _____

() Outros: _____

Se houver pendências de exames, trazer **ANTES** do procedimento ou encaminhar por email (consultenfgh@itaigaramemorial.com.br), ou fax, (71) 3045-4382

OBSERVAÇÕES:

Data

Anestesiista (CREMEB)

ORIENTAÇÕES PARA CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR

MEDICAÇÕES:

Voltar a usar os remédios de uso regular.

DIETA:

Após o exame retomar a dieta normal

Outros: _____

REVISÃO:

Ligar para o consultório agendando revisão.

Levar o laudo do exame e da biopsia (se houver).

Outros: _____

OBSERVAÇÕES:

ATENÇÃO

Se você apresentar febre ou dor abdominal intensa comunicar ao serviço da Gastro Hepato através dos telefone: **3045-4340 / 99109-2454.**

Médico: _____ Tel.: _____