

PREPARACIÓN PARA EL ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA (PARA PACIENTES AMBULATORIOS)

DÍA PREVIO AL ESTUDIO

❖ Dieta:

- ✓ El día anterior al estudio, puede tomar todo el líquido que desee (caldo de verduras colado, manzana rallada, gelatina, jugos normales o dietéticos, café, té, mate cocido (sin leche), con azúcar o edulcorante y/o gaseosas (sacándoles el gas).
- ✓ Debe ingerir alimentos líquidos solamente.
- ✓ Debe suspender toda medicación oral desde las 20 horas.

❖ Preparación:

8:00	Comenzar con la toma de Moperidona AF (gotas). Disolver 40 gotas en medio vaso de agua. Repetir la misma toma cada ocho horas, hasta las 7.00 hs. del día del estudio (inclusive).
20:00	Disolver 1 sobre de Barex en $\frac{3}{4}$ de litro de agua y beberlo antes de las 22.00 hs.

DÍA DEL ESTUDIO

- ✓ No desayunar ni tomar medicamentos habituales.

7:00	80 gotas de Moperidona AF en un vaso de agua.
	Disolver 1 sobre de Barex en $\frac{3}{4}$ de litro de agua y beberlo todo.

Esta preparación está diseñada para lograr que el intestino delgado contenga un líquido que permita una clara visión de la capsula. NO ES SÓLO UN LAXANTE. La falta de deposición no impide la realización del estudio.

PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DEBERÁ CONCURRIR A:

BERUTI 2347, PB "A"
TEL.: 011 5288 6100

SU TURNO ES EL DÍA:

POR FAVOR, NO OLVIDE

- Traer estudios anteriores.
- Consultar en su prepaga u obra social si la orden de la práctica a realizar requiere autorización.

ANTES DE COMENZAR EL PROCEDIMIENTO, ENTREGUE A LA ASISTENTE:

- ✓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CON SU FIRMA.
- ✓ LA FICHA COMPLETA CON SUS DATOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, autorizo a realizar en mi persona el procedimiento con videocápsula endoscópica. Dejo constancia de que se me han explicado las ventajas y las posibles complicaciones del estudio al cual seré sometido.

Tengo conocimiento de las otras alternativas diagnósticas existentes, de los beneficios que obtendré con este estudio y los potenciales riesgos que pudieran acarrear dicho procedimiento.

Los médicos me han explicado acerca de las características del estudio y que, si bien el porcentaje de diagnóstico positivo es elevado, no es posible garantizar el éxito en el resultado. Tengo conocimiento que durante el estudio pueden presentarse condiciones inesperadas tales como la retención de la cápsula.

Por lo tanto, autorizo a realizar en mi persona los procedimientos adicionales que los médicos consideren adecuados, de acuerdo a las circunstancias clínicas que así lo requieran.

Manifiesto haber leído detalladamente y comprendido todo lo que antecede.

Firma del Paciente

Aclaración

Firma del Familiar

Firma del Médico

FICHA MÉDICA PARA EL EXAMEN DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

1. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

- HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO:
 - EVIDENTE (MELENA, HEMATOQUEZIA)
 - OCULTA (ANEMIA CON SOMF +)
- DIARREA CRÓNICA
- DOLOR ABDOMINAL
- SME. DE MALABSORCIÓN
- ENF. INFLAMATORIA INTESTINAL
- OTROS

2. EXÁMENES PREVIOS (señalar fechas, diagnósticos positivos, etc.)

- ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
- COLONOSCOPIA
- TID
- ARTERIOGRAFIA
- GAMMACAMARA
- TAC

3. EXAMENES ANATOMOPATOLOGICOS

4. OTROS EXAMENES

5. ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA

- OBSTRUCCION INTESTINAL
- INGESTA DE AINES

6. INGESTA DE MEDICAMENTOS

7. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

8. RADIOTERAPIA PREVIA

FICHA DEL PACIENTE PARA EL EXAMEN CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA

DATOS PERSONALES

APELLIDO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... SEXO: M / F EDAD:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: C.P.:

TELÉFONO PARTICULAR:

TELÉFONO LABORAL:

TELÉFONO CELULAR:

E-MAIL:

DATOS PARA INICIALIZACIÓN DEL REGISTRO

PESO: ALTURA (cm) DIAMETRO DE CINTURA (cm)

CONTEXTURA: DELGADO / NORMAL / SOBREPESO / OBESIDAD

DATOS DE COBERTURA MÉDICA

COBERTURA:

N° DE AFILIADO: PLAN: EXENTO / GRAVADO

MÉDICO SOLICITANTE:

TELÉFONO: E-MAIL: