

ADVANCED ENDOSCOPY CENTER

Instrucciones despues de Endoscopia

Endoscopia (EGD) ()	Colonoscopia ()
<u>RESTRICCION DE ACTIVIDAD:</u> <i>Siguiente día:</i> Regrese a la actividad y trabajo normal. <u>DIETA:</u> <i>Hoy:</i> nada durante una hora desoves, trate sorbos agua. Si no tiene problema en pasar agua, comience una dieta ligera. <i>Manana:</i> comer y beber normalmente a menos que se indique lo contrario. Si le hicieron Dilatacion: dieta de líquidos claros hoy avance la dieta lentamente mañana a menos que se lo diga.	<u>RESTRICCION DE ACTIVIDAD:</u> <i>Siguiente día:</i> Regrese a la actividad y trabajo normal. <i>Por 3 días:</i> No levante nada pesado, No haga esfuerzo, ni corra. <u>DIETA:</u> <i>Hoy:</i> Coma una dieta ligera.
<u>TRATAMIENTO PARA EFECTOS COMUN DESPUES DEL EXAMEN:</u> <i>Garganta adolorida:</i> Trate pastillas para la garganta Haga gargaras con sal y agua tibia. <i>Dolor abdominal leve o hinchado:</i> Descanse y tome solo liquidos durante el dia. Acuestese en su lado derecho. <i>Enrojecimiento en el lugar IV:</i> Ponga una toalla tibia en la area.	
<u>SINTOMAS QUE REPORTER A SU MEDICO DE INMEDIATO:</u> 1. Escalofrios o fiebre (mas de 101) ocurriendo dentro de 24 horas despues del examen. 2. Dolor de pecho. 3. Dolor severo abdominal.	
<u>INSTRUCCIONES ESPECIALES:</u> No consuma alcohol, maneje, o haga nada que requiere coordinacion, habilidad, o juicio durante 24 horas.	
<u>SI UN POLIPO FUE REMOVIDO O SE LE A HECHO BIOPSIAS; POR LOS SIGUENTE 7 DIAS:</u> No tome aspirinas, Coumadin, Plavix, Ibuprofin, Motrin, Advil, Aleve, o cualquier aldegazadores de sangre. <u>Si tiene sangramiento rectal excesivo llame a (661)323-1200 o valla a la sala de emergencia mas cercana de inmediatamente.</u>	
<input type="checkbox"/> <u>EXTRACCION DEL TUBO DE GASTROTOMIA:</u> Liquidos claros hoy, resuma a su dieta normal manana. <input type="checkbox"/> <u>RE-EMPLAZO DEL TUBO DE GASTROTOMIA:</u> Comenzer por sonda alimentacion igual que antes. <input type="checkbox"/> <u>COLOCACION DE GASTROTOMIA:</u> Consulte la hoja separada adjunta.	
PRESCRIPCION:	
HOJAS DE INSTRUCCIONES DADAS: <input type="checkbox"/> Anti-Reflujo; <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal; <input type="checkbox"/> Dieta Alta En Fibra; <input type="checkbox"/> Diverticulosis; <input type="checkbox"/> Material educativo	
INSTRUCCIONES ESPECIALES DADAS: _____	
<input type="checkbox"/> CITA CON DR. RAHAL: FECHA: _____ HORA: _____	
<input type="checkbox"/> Institute of Advanced Gastroenterology – (661) 323-1200 9802 Stockdale Highway, Suite 102 Bakersfield, CA 93311	<input type="checkbox"/> Oficina de Delano – (661) 721-1200 1205 Garces Highway, Suite 107 Delano, CA 93215
<input type="checkbox"/> CITA CON SU MEDICO: <input type="checkbox"/> 2-3 Semanas <input type="checkbox"/> Sea Necesario	
SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA PROBLEMA FOR FAVOR LLAME A SU DOCTOR O VALLA A LA SALAO EMERGENCIA MAS SERCA.	

Instrucciones recibidas por: _____

Firma de, Enfermera: _____ Fecha: _____