



# PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA

Este protocolo no podrá ser administrado a pacientes con una **FUNCIÓN RENAL GRAVEMENTE REDUCIDA** ni con **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**. Consulta con su cardiólogo si está tomando antiagregantes (sintrom)

**48h**

antes  
de la  
prueba

## DIETA POBRE EN RESIDUOS

- ✓ Caldos, carne y pescado, zumos filtrados, infusiones, té, café, bebidas sin burbujas, huevos, lácteos, embutidos.
- ✗ Verduras, legumbres, fruta, patatas, bebidas con gas, hortalizas, pan, bollería.

**24h**

antes  
de la  
prueba

## DIETA LÍQUIDA

- ✓ Aguas, caldos filtrados, zumos colados, infusiones, té, café, bebidas sin burbujas, bebida isotónica.

## INSTRUCCIONES DE TOMA

**MUY IMPORTANTE.** Si no sigue usted correctamente todas las indicaciones, sobre todo las referentes a dieta, ayuno y volumen de líquidos después de cada toma, no podrá realizarse la prueba.

Debe suspender 3 días antes de la prueba toda medicación que contenga **hierro oral y agente antiarraigicos** (consulte con su médico)

### El día anterior a la exploración

A las 21:00 h., tomará el primer sobre de PICOPREP disuelto en un vaso grande de agua. Agitar el preparado durante 2 minutos. Si se calienta esperar a que se enfríe lo suficiente para beberlo. Pasada 1 hora comenzará a beber 1 litro de agua + 1 litro de caldos de carne desgrasada o bebidas isotónicas (Aquarius), en total 2 litros, bébalos lentamente hasta la siguiente toma.

### El mismo día de la exploración

A las 7:00 h., tomará el primer sobre de PICOPREP disuelto en un vaso grande de agua. Agitar el preparado durante 2 minutos. Si se calienta esperar a que se enfríe lo suficiente para beberlo. Pasada 1 hora comenzará a beber lentamente 1,5 litros de caldos de carne desgrasada o bebidas isotónicas (Aquarius).

- ✓ No beberá líquido 5 HORAS antes de la prueba (incluido agua).
- ✓ Deberá traer el volante de su compañía debidamente autorizado.
- ✓ Si la exploración se realiza POR LA MAÑANA, deberá tomar los sobres a las 18:00 y 21:00 h. del día anterior a la exploración.

Pida con antelación en su farmacia: **PICOPREP 2 SOBRES (C.N. 677589.9)**

Paciente: ..... Fecha de la cita: ..... Hora: .....



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

Don/Doña ..... de ..... años de edad,  
con domicilio en ..... y DNI nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad,  
con domicilio en ..... y DNI nº .....  
en calidad de ..... (Representante legal, familiar o allegado)  
de .....

### DECLARO:

Que el doctor/a ..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA**

**1.** Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos puede requerir actuación sobre ellos. **2.** El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación. **3.** Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su análisis histológico o microbiológico. **4.** Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. **5.** El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente y me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabétes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada ..... puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como ..... **6.** El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y, en tales condiciones, CONSIENTO que se me realice una **COLONOSCOPIA**.

En Madrid, a ..... de ..... de .....

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

D/Dña.  
DNI.

Fdo.

#### MÉDICO

Dr/Dña.  
Nº Colegiado.

Fdo.

### REVOCACIÓN:

Don/Doña ..... de ..... años de edad,  
con domicilio en ..... y DNI nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad,  
con domicilio en ..... y DNI nº .....  
en calidad de ..... (Representante legal, familiar o allegado)  
de .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Madrid, a ..... de ..... de .....

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

D/Dña.  
DNI.

Fdo.

#### MÉDICO

Dr/Dña.  
Nº Colegiado.

Fdo.