

PREPARACIÓN DEL COLON CON CITRAFLEET 2 SOBRES (C.N. 721059-7)

• **DIETA: 2 DÍAS ANTES DE LA PRUEBA, SEGUIRÁ UNA DIETA SIN FIBRA:**

✓ PUEDE TOMAR

Leche desnatada y derivados, arroz y pastas (no integral), caldos, caseros colados, carnes blancas a la plancha, pescados blancos a la plancha o hervidos, galletas no integrales, pan no integral, zumos colados, infusiones, té, café y bebidas sin burbujas.

✗ NO PUEDE TOMAR

Leche, grasas, productos integrales, ensaladas, verduras, y legumbres, fruta, zumos naturales, patatas, carnes rojas, y pescados azules, embutidos, bollería, chocolate, pasteles, frutos secos y bebidas con gas.

• **1 DÍA ANTES (24 HORAS), SEGUIRÁ UNA DIETA LÍQUIDA SIN LÁCTEOS:**

Agua, caldos caseros colados, bebidas isotónicas, como Aquarius, refrescos sin burbujas, té, café e infusiones con o sin azúcar.

• **INSTRUCCIONES DE TOMA DE CITRAFLEET:**

- **2 DÍAS ANTES DE LA EXPLORACIÓN** tomará 2 comprimidos de DULCO-LAXO a las 22 horas.
- **EL DÍA ANTERIOR A LA EXPLORACIÓN** tomará otros 2 comprimidos de DULCO-LAXO a las 22 horas.

1º Diluir un sobre de CITRAFLEET en un vaso de agua. A continuación y durante las siguientes 2 horas, a razón de un vaso cada cuarto de hora, beberá, **OBLIGATORIAMENTE**, al menos, **2 LITROS de líquidos variados** (caldos caseros colados, Aquarius, zumos colados, refrescos sin burbujas, agua, té, café infusiones).

2º Diluir segundo sobre de CITRAFLEET en un vaso de agua. A continuación y durante las siguientes 2 horas, a razón de un vaso cada cuarto de hora, beberá, **OBLIGATORIAMENTE**, al menos, **2 LITROS de líquidos variados** (caldos caseros colados, Aquarius, zumos colados, refrescos sin burbujas, agua, té, café e infusiones).

• **HORARIO DE PREPARACIÓN CON CITRAFLEET:**

- **SI SU CITA ES POR LA MAÑANA (antes de las 11,30 h.):** Tomará el 1º Sobre de CITRAFLEET a las 19:00 horas del día anterior a la exploración Tomará el 2º Sobre de CITRAFLEET a las 22:00 horas del día anterior a la exploración.
- **SI SU CITA ES POR LA MAÑANA (entre las 11,30 h. y 16 h.):** Tomará el 1º Sobre de CITRAFLEET a las 21:30 horas del día anterior a la exploración Tomará el 2º Sobre de CITRAFLEET / horas antes de la exploración (.....h.).
- **SI SU CITA ES POR LA TARDE (a partir de las 16 h.):** Tomará el 1º Sobre de CITRAFLEET a las 06:00 horas del día de la exploración Tomará el 2º Sobre de CITRAFLEET a las 9 horas del día de la exploración.
- Una vez que haya tomado los 2 litros de líquidos claros tras el segundo sobre de CITRAFLEET, puede seguir bebiendo hasta 5 horas antes de la prueba, a partir de entonces ya no podrá beber nada (ni agua).

• **DEBE SEGUIR Estrictamente estas instrucciones para evitar REPETICIONES Y RECUERDE:**

1. Si está en tratamiento con **HIERRO**, debe suspenderlo **7 días antes** de la prueba.
2. Si está en tratamiento con **ANTICOAGULANTES** (Sintrom o similares), **NUEVOS ANTICOAGULANTES** (Pradaxa, Xarelto), **ANTIAGREGANTES** (AAS, ADIRO, PLA VD<, ISCOVER), debe comunicárselo a su médico por si precisara suspenderlos antes de la prueba.
3. Debe acudir a la prueba acompañado y no podrá conducir, ni realizar actividades que requieran concentración, en las 10 horas que siguen a la prueba.

ES OBLIGATORIO TOMAR LA CANTIDAD DE LÍQUIDO QUE SE INDICA.

Si no conseguimos una buena limpieza, tendría que repetir la prueba y se podrían pasar por alto pequeñas lesiones que precisen tratamiento.

Si las deposiciones no son líquidas y transparentes deberá aplicarse un FISIONENEMA 250ML, 2 horas antes de la exploración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA:

Don/Doña: de: años de edad
con domicilio en: y D.N.I.:
Don/Doña: de: años de edad
con domicilio en: y D.N.I.:
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 (diabetes, 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 realiza 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.....(lugar y fecha)
Fdo: EL MÉDICO Fdo: EL PACIENTE Fdo: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN:

Don/Doña: de: años de edad
con domicilio en: y D.N.I.:
Don/Doña: de: años de edad
con domicilio en: y D.N.I.:
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.
Madrid, de de
Fdo: EL MÉDICO Fdo: EL PACIENTE Fdo: EL REPRESENTANTE LEGAL