Clínica CEMTRO

U. MÉDICO-ENDOSCOPICA DIGESTIVA, S.L.
Dr. SANTIAGO CALVO FERNÁNDEZ
Especialista en Aparato Digestivo
Coleg. Nº 28/22.906

PREPARACIÓN

DEL COLON CON PLEINVUE® (C.N. 721059-7)

En los 7 días previos al día de su colonoscopia **no debe tomar ninguna medicación que contenga Hierro, ni derivados de medicamentos tipo GLP-1 para adelgazar, como OZEMPIC, WEGOVY o MOUNJARO**



DURANTE 48 HORAS seguirá una dieta pobre en residuos:

✔ PUEDE TOMAR

Caldos	Bebidas sin burbujas
Carne y pescado	Huevos y lácteos
Zumos filtrados	Embutidos
Infusiones, te y café	

⊘ NO PUEDE TOMAR

Verduras y hortalizas	Bebidas con gas
Legumbres	Pan y bollería
Fruta	Frutos secos
Patatas	



24 HORAS ANTES DE LA PRUEBA: Puede tomar una loncha de jamón york o pechuga de pavo en desayuno, una tortilla de un huevo hasta las 15 h, del día anterior de la prueba. A continuación solo DIETA LÍQUIDOS CLAROS, agua, caldos filtrados, infusiones, té, bebidas sin burbujas, (Nestea®, Aquarius®, etc.).

• CÓMO TOMAR PLEINVUE®

DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES PARA EVITAR REPETICIONES, sobre todo las referentes a dieta, ayuno y volumen de líquidos, si no es así no podrá realizarse la prueba.

- El día antes de la exploración/intervención:
A las 21:00 horas beber 1/2 litro de PLEINVUE®, un vaso cada 15-20 minutos.
IMPORTANTE: A continuación tomar 1/2 LITRO DE LÍQUIDOS CLAROS.

- El día de la exploración/intervención:
A las 08:00 horas beber 1/2 litro de PLEINVUE®, un vaso cada 15-20 minutos.
IMPORTANTE: A continuación tomar 1/2 LITRO DE LÍQUIDOS CLAROS.

IMPORTANTE: Si la prueba se realiza EN HORARIO DE MAÑANA o trabaja usted por la mañana, la preparación se deberá tomar el día anterior, a las 21:00 h 1/2 litro de PLEINVUE®, a continuación 2 vasos líquidos claros y a las 23:00 h 1/2 litro de PLEINVUE® y a continuación 2 vasos líquidos claros.

• CÓMO PREPARAR PLEINVUE®

DOSIS 1

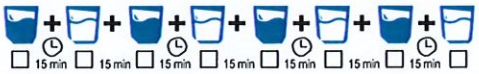


- Abra el sobre correspondiente a la Dosis 1 y disuelva el contenido en ½ litro de agua fría.
- Tómese el preparado lentamente a lo largo de 30 minutos(se recomienda un vaso cada 15 min).
- A continuación, tomar ½ litro de líquidos durante la siguiente hora.

DOSIS 2



- Abra el sobre correspondiente a la Dosis 2 (Sobre A+ Sobre B) y disuelva el contenido de los dos sobres en ½ litro de agua fría. Conserve este preparado en el frigorífco.
- A continuación prepare ½ litro de líquidos claros.
- Dividir el preparado en 4 vasos y los líquidos claros en otros 4 vasos (8 en total), y tomar lentamente durante las siguientes dos horas (alternando un vaso de preparado con un vaso de líquidos claros.) Se recomida un vaso cada 15 min (125 ml). MUY IMPORTANTE PARA EVITAR NAUSEAS/VÓMITOS.



1. Si toma antiagregantes consulte con su cardiólogo.
2. El día de la exploración debe venir en **AYUNO ABSOLUTO** (incluido agua) 5 horas antes de la prueba.
3. **DEBERÁ TRAER EL VOLANTE DE SU COMPAÑÍA DEBIDAMENTE AUTORIZADO.**

Clínica CEMTRO

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 actuaciónsobre 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 cardiaca, 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	MÉDICO
D/Dña.	Dr/Dra.
DNI.	Nº Colegiado.
Fdo.	**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	MÉDICO
D/Dña.	Dr/Dra.
DNI.	Nº Colegiado.
Fdo.	**Fdo.**