

## Instrucciones de colonoscopia SUPREP

### Por favor, informe a:

Centro de Endoscopia Northside  
8424 Naab Rd, Suite 3G  
Indianápolis, IN 46260

St. Vincent Hospital 86<sup>th</sup> St  
Endo Center Ent#1  
2001 W. 86th St.  
Indianápolis, IN 46260

St. Vincent Hospital Carmel  
Digestive Health Center  
13500 N. Meridian St.  
Carmel, IN 46032

El (Fecha): \_\_\_\_\_

Tiempo de procedimiento: \_\_\_\_\_

1 semana antes	3 días antes	1 día antes	Día del Procedimiento
<p>* Revise la lista de medicamentos en la página 2 y siga las instrucciones para determinar si necesita tener algún medicamento en la mano y/o cómo tomar sus medicamentos el día del procedimiento.</p> <p>* Se le entregó un formulario de historial médico. Si respondió "Y" a cualquiera de las preguntas en la página 1 de ese formulario y aún no ha hablado con la enfermera previa a la llamada, llame al 317-224-0167 para la detección.</p> <p>* Si ha estado enfermo o ha tenido una enfermedad respiratoria en la última semana, llame al 317-872-7396 para reprogramar.</p> <p>* Ya debería haber recibido y comprado su receta SUPREP.</p>	<p>* Deje de comer palomitas de maíz, maíz, frijoles, nueces, frutas con semillas pequeñas, tomates, apio, cáscaras de papa y ensaladas verdes</p> <p>* Complete su documentación o cuestionario de salud en línea</p> <p>* Por favor, confirme su conductor. El transporte público como autobús, taxi, Uber/Lyft está prohibido. Si no tiene conductor y está recibiendo anestesia, su procedimiento será cancelado.</p>	<p>* Coma <b>solo una opción</b> de la lista de desayuno de bajo residuo en la página 3.</p> <p>* Coma <b>solo una opción</b> de la lista de almuerzos de bajo residuo en la página 3. <b>El almuerzo debe completarse antes de las 2 pm. ¡NO HAY ALIMENTOS SÓLIDOS DESPUÉS DE LAS 2 PM!</b></p> <p>* <b>Comience la primera dosis de SUPREP a las 5 p.m. y la complete a las 6 p.m. Siga las instrucciones que se enumeran a continuación y no las del kit de preparación.</b></p> <p>Tomar la primera dosis de SUPREP a las 17 hs. Vierta el contenido de una botella del kit de preparación intestinal SUPREP en el recipiente de mezcla provisto, luego llene el recipiente con agua o ginger ale hasta la línea de 16 oz y beba toda la cantidad. A continuación, beba 2 recipientes más llenos hasta la línea de 16 onzas solo con agua. Esto debe completarse antes de las 6 pm</p> <p>* Puede continuar tomando líquidos de la lista de líquidos claros en la página 3 hasta que comience la dosis dos de SUPREP.</p> <p>Si vomita o tiene dificultades con su preparación, llame al 317-872-7396</p>	<p><b>** ¡SIN COMIDA! **</b></p> <p>* <b>Iniciar la segunda dosis de SUPREP</b></p> <p>6 horas antes de la hora programada para el procedimiento. (Este <b>debe</b> completarse dentro de 1 hora de comenzar la preparación). <b>Siga las instrucciones que se enumeran a continuación y no las del kit de preparación.</b></p> <p>Vierta el contenido de la 2<sup>a</sup> botella del kit de preparación intestinal SUPREP en el recipiente de mezcla provisto, luego llene el recipiente con agua o ginger ale hasta la línea de 16 oz y beba toda la cantidad. A continuación, beba 2 recipientes más llenos hasta la línea de 16 onzas solo con agua.</p> <p>* Después del SUPREP, las heces deben ser líquidas claras/amarillas/de color té. Si sus heces son líquidas espesas o formadas, llame al 317-872-7396</p> <p>* <b>DETENGA TODOS LOS LÍQUIDOS CLAROS 4 HORAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO</b></p> <p>*Llegue 1 hora antes de la hora programada para el procedimiento con su documentación completa.</p>

**SI TOMA UN ANTICOAGULANTE, UN MEDICAMENTO PARA LA DIABETES O UN MEDICAMENTO PARA BAJAR DE PESO (ORAL O INYECTABLE), SIGA LAS INSTRUCCIONES A CONTINUACIÓN:**

**\*\*¡CONSULTE CON EL MÉDICO QUE LE RECETÓ SU MEDICAMENTO ANTES DE SUSPENDERLO!**

**ANTICOAGULANTES**

Nombre del medicamento	Deje de tomar el medicamento varios días antes de la fecha programada para el procedimiento.
Brilinta/Ticargelor	3 Días
Coumadin/Warfarina/Jantoven	5 Días
Eficiente/Prasugrel	5 Días
Eliquis/Apixaban	2 Días
Plavix/Clopidogrel	5 Días
Pradaxa/Dabigatran	2 Días
Savaysa/Edoxabán	3 Días
Xarelto/Rivaroxabán	2 Días

**MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES**

Nombre del medicamento	Deje de tomar el medicamento varios días antes de la fecha programada para el procedimiento.
Brenzavvy/Bexaglyphosina	3 Días
Farxiga/Dapagliflozina	3 Días
Invokana/Canagliflozina	3 Días
Jardiance/Empagliflozina	3 Días
Synjardy	3 Días

**GLP1/GIP's (MEDICAMENTOS ADICIONALES PARA LA DIABETES Y LA PÉRDIDA DE PESO, ORALES E INYECTABLES)**

Nombre del medicamento DAILY	Deje de tomar el medicamento varios días antes de la fecha programada para el procedimiento.
Bayetta/Baidurion/Exanatide	1 Día
Rybelsus/Semaglutida	1 Día
Saxenda/Victoza/Liraglutida	1 Día
Soliqua/Lixisenatida/Insulina glargina	1 Día
Xultophy	1 Día

Nombre de la medicación SEMANAL	Deje de tomar el medicamento varios días antes de la fecha programada para el procedimiento.
Bayetta/Baidurion/Exanatide	1 Semana
Mounjaro/Tirzepatida/Zepbound	1 Semana
Trulicidad/Dulaglutida	1 Semana
Wegovy/Ozempic/Semaglutida	1 Semana

**TODOS LOS DEMÁS MEDICAMENTOS**

Si está tomando medicamentos para el dolor, la presión arterial alta, las convulsiones, el asma, la enfermedad de la tiroides, los latidos cardíacos irregulares o con prednisona, puede tomarlos con un **PEQUEÑO SIP** de agua, 4 horas antes de su procedimiento.

Deje de tomar píldoras de hierro, como sulfato ferroso, complejo de hierro polisacárido o un multivitamínico con hierro **1 SEMANA** antes de su procedimiento.

Si usa un inhalador regularmente, **por favor ÚSELO LA MAÑANA DEL PROCEDIMIENTO** y tráigalo con usted.

# Desayuno y almuerzo bajo en residuos

**Elija 1 opción para el desayuno y una opción para el almuerzo**

<b>DESAYUNO</b>	Opción 1: Dos huevos y 2 rebanadas de pan blanco con mantequilla Opción 2: Una taza de yogur natural y plátano
<b>ALMUERZO</b>	Opción 1: Sándwich de pavo sobre pan blanco (SIN condimentos, lechuga ni tomate) Opción 2: Una taza de macarrones con queso Opción 3: Cinco filetes de pollo, SIN condimentos

**\* ABSOLUTAMENTE NADA DE ALIMENTOS SÓLIDOS DESPUÉS DE LAS 2 PM \***

**\* NO HAY SUSTITUCIONES DE ALIMENTOS**

## **Líquidos transparentes aprobados:**

- Café o té negro (SIN crema, leche ni crema no láctea)
- Zumo de manzana o uva blanca
- Gelatina (NO roja, naranja o morada)
- 99% Caldo de pollo o ternera sin grasa (SIN cubos de caldo)
- Propel, Gatorade o Powerade (solo transparente o lima-limón)
- Ginger Ale, 7 Up, Sprite o refresco dietético
- Agua

# **INFORMACIÓN IMPORTANTE** **ADICIONAL**

Si tiene preguntas o desea cancelar, llame al: 317-  
872-7396  
(Elija la opción de programación o deje el correo de  
voz)

Traiga su documentación completa, identificación con  
foto, tarjetas de seguro y una forma de pago de su  
deducible/copago. (Aceptamos VISA, Mastercard, American  
Express, Discover, efectivo y cheque)

Si tiene un testamento vital o una directiva  
anticipada, traiga una copia con usted.

**GRACIAS POR ELEGIR**  
**GASTROENTEROLOGÍA DE NORTHSIDE**  
**y**  
**CENTRO DE ENDOSCOPIA GASTROENTEROLÓGICA DE**  
**NORTHSIDE, LLC**

**NOS GUSTARÍA DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA PRÁCTICA**

**y**

**¡ESPERAMOS SUPERAR TODAS SUS EXPECTATIVAS!**