

Instrucciones de colonoscopia SUPREP

Por favor, informe a:

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

St. Vincent Hospital 86th 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

Fecha de procedimiento: _____

Tiempo de procedimiento: _____

1 semana antes	3 días antes	1 día antes	Día del Procedimiento
* Ya debería haber recibido y comprado su receta SUPREP. Consulte GoodRX para obtener cupones. No se realizarán autorizaciones previas para los medicamentos de preparación para el colon. * 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. * Si ha tenido una enfermedad significativa / enfermedad respiratoria en la última semana, llame al 317-872-7396 para hablar con el asistente médico.	* Deje de comer palomitas de maíz, maíz, frijoles, nueces, frutas con semillas pequeñas, tomates, apio, cáscaras de papa y ensaladas verdes * Complete su documentación o cuestionario de salud en línea * 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.	* Coma solo una opción de la lista de desayuno de bajo residuo en la página 3. * Coma solo una opción de la lista de almuerzos de bajo residuo en la página 3. El almuerzo debe completarse antes de las 2 pm. ¡NO HAY ALIMENTOS SÓLIDOS DESPUÉS DE LAS 2 PM! * 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. 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 * Puede continuar tomando líquidos de la lista de líquidos claros en la página 3 hasta que comience la dosis dos de SUPREP. Si vomita o tiene dificultades con su preparación, llame al 317-872-7396	** ¡SIN COMIDA! ** * Iniciar la segunda dosis de SUPREP 6 horas antes de la hora programada para el procedimiento. (Este debe completarse dentro de 1 hora de comenzar la preparación). Siga las instrucciones que se enumeran a continuación y no las del kit de preparación. Vierta el contenido de la 2^a 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. * 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 * DETENGA TODOS LOS LÍQUIDOS CLAROS 4 HORAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO * Llegue 1 hora antes de la hora programada para el procedimiento con su documentación completa.

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/Ticagrelor	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
Trulicida/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

DESAYUNO	Opción 1: Dos huevos y 2 rebanadas de pan blanco con mantequilla Opción 2: Una taza de yogur natural y plátano
ALMUERZO	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!