

## Colonoscopia SUTAB Instrucciones

**Por favor, informe a:**

Centro de endoscopia de Northside  
8424 Naab Rd, Suite 3G  
Indianapolis, IN 46260

Hospital Ascension St. Vincent  
Entrada al Centro Endo #1  
2001 W. 86th St.  
Indianápolis, IN 46260

Hospital Ascension St Vincent  
Centro de Salud Digestiva Ent #1  
13500 N. Meridian St.  
Carmel, IN 46032

Fecha del procedimiento: \_\_\_\_\_

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

1 semana antes	3 días antes	1 día antes	Día del procedimiento
<p>* Ya debería haber recibido y comprado su receta de SUTAB.</p> <p>* Revise la lista de medicamentos en la página 2 y siga las instrucciones para determinar si necesita retener algún medicamento y/o cómo tomar sus medicamentos el día del procedimiento.</p> <p>* Si ha tenido una enfermedad significativa / enfermedad respiratoria en la última semana, llame al 317-872-7396 para hablar con el asistente médico.</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>una sola opción</b> del desayuno bajo en residuos en la página 3.</p> <p>* Coma <b>solo una opción</b> de la lista de almuerzos bajos en residuos en la página 3. <b>El almuerzo debe completarse antes de las 2 pm.</b></p> <p><b>* ¡NO HAY ALIMENTOS SÓLIDOS DESPUÉS DE LAS 2 PM!</b></p> <p>* Comience la primera dosis de SUTAB a las 5 pm y complétela antes de las 7 pm. <b>Siga las instrucciones que se enumeran a continuación y no las del kit de preparación.</b></p> <p>* Abra 1 frasco de 12 tabletas. Llene el recipiente provisto con 16 onzas de agua (hasta la línea de llenado). Trague 4 tabletas con un sorbo de agua. Espere 10 minutos, luego tome las siguientes 4 tabletas. Espere 10 minutos, luego tome las últimas 4 tabletas, bebiendo toda la cantidad de agua durante 30 minutos. Espere 30 minutos. Beba 2 recipientes adicionales llenos hasta la línea de 16 oz con agua durante la próxima hora.</p> <p>* Puede continuar tomando líquidos de la lista de líquidos claros en la página 3 hasta que comience la dosis dos de SUTAB.</p> <p>Si vomita o tiene dificultades con su preparación, llame al 317-872-7396.</p>	<p><b>* ¡SIN ALIMENTOS SÓLIDOS!</b></p> <p>* Comience la segunda dosis de SUTAB 6 horas antes de la hora programada para el procedimiento. (Esto debe completarse dentro de las 2 horas posteriores al inicio de la preparación).</p> <p><b>Siga las instrucciones que se enumeran a continuación y no las del kit de preparación.</b></p> <p>* Abra 1 frasco de 12 tabletas. Llene el recipiente provisto con 16 onzas de agua (hasta la línea de llenado). Trague 4 tabletas con un sorbo de agua. Espere 10 minutos, luego tome las siguientes 4 tabletas. Espere 10 minutos, luego tome las últimas 4 tabletas. Beba toda la cantidad de agua durante 30 minutos. Esperar 30 minutos. Beba 2 recipientes adicionales llenos hasta la línea de 16 oz con agua durante la próxima hora.</p> <p>* Después del SUTAB, sus heces deben ser un líquido transparente / amarillo / de color té. Si sus heces son líquidas espesas o formadas, llame al 317-872-7396</p> <p><b>* DEJE DE TOMAR LÍQUIDOS CLAROS Y NO DE PRODUCTOS DE TABACO, 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**

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Deje de tomar medicamentos este número de días antes de la fecha del procedimiento</b>
Brilinta/Ticargelol	3 Días
Coumadin/Warfarina/Jantoven	5 Días
Effient/Prasugrel	5 Días
Eliquis/Apixaban	2 Días
Plavix/Clopidogrel	5 Días
Pradaxa/Dabigatran	2 Días
Savaysa/Edoxabán	3 Días
Xarelto/Rivaroxaban	2 Días

**MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES**

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Deje de tomar medicamentos este número de días antes de la fecha del procedimiento</b>
Brenzavvy/Bexaglifozina	3 Días
Farxiga/Dapaglifozina	3 Días
Invokana/Canaglifozina	3 Días
Jardiance/Empaglifozina	3 Días
Sinjardy	3 Días

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

<b>Nombre del medicamento DIARIO</b>	<b>Deje de tomar medicamentos este número de días antes de la fecha del procedimiento</b>
Byetta/Bydureon/Exanetide	1 Día
Rybelsus/Semaglutida	1 Día
Saxenda/Victoza/Liraglutida	1 Día
Soliqua/Lixisenatida/Insulina glargina	1 Día
Xultophy	1 Día

<b>Nombre del medicamento SEMANTAL</b>	<b>Deje de tomar medicamentos este número de días antes de la fecha del procedimiento</b>
Byetta/Bydureon/Exanetide	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 la prednisona, puede tomarlos con un **PEQUEÑO SORBO** 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, **ÚSELO LA MAÑANA DEL PROCEDIMIENTO** y tráigalo con usted.

## Desayuno y almuerzo bajos en residuos

**Elige 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 o 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 \***

**\* SIN SUSTITUCIONES DE ALIMENTOS**

### **Líquidos claros aprobados:**

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

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

Si tiene preguntas o cancela, llame al: 317-872-7396  
Elige la opción de programación o deja un mensaje de  
VOZ

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

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

**GRACIAS POR ELEGIR**

**GASTROENTEROLOGÍA DEL LADO NORTE**

**y**

**CENTRO DE ENDOSCOPIA DE GASTROENTEROLOGÍA DE  
NORTHSIDE, LLC**

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

**y**

**¡ESPERAMOS SUPERAR TODAS SUS EXPECTATIVAS!**