

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ НАБОР OSMO, ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ ИЛИ КОЛОНОСКОПИИ / ЭГДС

ПАЦИЕНТ: _____ ВРЕМЯ ПРИБЫТИЯ: _____ ДАТА: _____

НА НАЗНАЧЕННУЮ ПРОЦЕДУРУ У Д-РА _____

√ ЗА 5 ДНЕЙ ДО ПРОЦЕДУРЫ:

- **Пожалуйста, прочитайте всю инструкцию.**
- Купите в аптеке предписанный раствор для подготовительных процедур.
- Закажите заранее такси, чтобы добраться домой. По дороге домой каждого пациента должен сопровождать друг, член семьи или опекун (старше 18 лет). Сопровождающий должен прибыть в учреждение на 1 (один) час позже назначенного времени процедуры.
- Особы, сопровождающие пациентов, которым назначено после 15:00, должны прибыть на место к 16:30.
- Может взиматься плата за отмену в размере 150 долл. США, если пациент перенесет или отменит процедуру в течение пяти (5) рабочих дней до назначенной процедуры.

√ МЕДИКАМЕНТЫ

- Не принимайте препараты железа в течение пяти (5) дней до процедуры.
- Аспирин, препараты для диабетиков/инсулин, антикоагулянтные препараты, сердечные препараты, разжижители крови следует обсудить с вашим врачом, практикующей медсестрой или помощником врача во время посещения кабинета перед процедурой.
- Все другие препараты должны приниматься утром в день процедуры, по назначению, **за 3 или более часов до начала процедуры с небольшим количеством воды.**
- Не прекращайте прием каких-либо лекарств, если не было других указаний.

√ ЗА 3 ДНЯ ДО ПРОЦЕДУРЫ:

- Отрегулируйте свою диету, чтобы подготовиться к процедуре. Прекратите употреблять продукты с высоким содержанием клетчатки, включая семена, киноа, орехи, бобы, кукурузу/попкорн, сырые фрукты, сырые овощи и отруби за **три (3) дня до** процедуры.

√ ЗА ДЕНЬ ДО ПРОЦЕДУРЫ:

- Эта процедура требует, чтобы вы соблюдали следующую диету за день до процедуры. Ваш врач определит, какой диеты вы должны придерживаться.

- | | | | |
|--|---------|------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Нулевая диета | Завтрак | Обед | Ужин |
| <input type="checkbox"/> Бесшлаковая диета | Завтрак | Обед | Ужин, до 18:00 |

НА НУЛЕВОЙ ДИЕТЕ РАЗРЕШАЕТСЯ УПОТРЕБЛЯТЬ: яблочный сок, белый виноград и белый клюквенный сок, бульон, чай, кофе (без молока/сливок), желе, итальянский лед, газированные напитки, напитки Kool-Aid и Gatorade, воду. Вы должны прекратить употребление этих прозрачных жидких продуктов не позднее чем за 4 часа до процедуры.

НА НУЛЕВОЙ ДИЕТЕ НЕ РАЗРЕШАЕТСЯ УПОТРЕБЛЯТЬ: жидкости красного, оранжевого и фиолетового цвета, а также следующие продукты: молоко, сливки, аналог соевого молока, искусственные сливки, соки с мякотью, такие как апельсиновый, грейпфрутовый, ананасовый, томатный и сок V-8. Твердые продукты на нулевой диете запрещены.

НА БЕСШЛАКОВОЙ ДИЕТЕ РАЗРЕШАЕТСЯ УПОТРЕБЛЯТЬ: добавки Ensure и Boost, яйца, протеиновый коктейль и простой или со вкусовыми добавками йогурт без семян или орехов. При этой диете нельзя употреблять никакие другие продукты.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ НАБОР OSMO. НЕ ВЫПОЛНЯЙТЕ ИНСТРУКЦИИ В ПРЕДПИСАНИИ

√ ЗА ДЕНЬ ДО ПРОЦЕДУРЫ СЛЕДУЙТЕ ИНСТРУКЦИЯМ В ТАБЛИЦЕ ВНИЗУ:

Первая доза В 18:00 за день до процедуры	Принимайте по 4 таблетки вместе с 8 унциями прозрачной жидкости каждые 15 минут в течение одного (1) часа. Отмечайте поля ниже, чтобы следить за принятыми дозами. Всего вы примете 20 таблеток с 32 унциями прозрачной жидкости. <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций
	Затем выпейте как минимум два (2) стакана воды или прозрачной жидкости по 16 унций.

√ ЗА ШЕСТЬ (6) ЧАСОВ ДО ПРОЦЕДУРЫ ВЫПОЛНИТЕ ИНСТРУКЦИИ В ТАБЛИЦЕ ВНИЗУ:

Вторая доза За шесть (6) часов до назначенного времени процедуры _____	Принимайте по 4 таблетки вместе с 8 унциями прозрачной жидкости каждые 15 минут в течение 30 минут. Отмечайте поля ниже, чтобы следить за принятыми дозами. Всего вы примете 12 таблеток с 24 унциями прозрачной жидкости. <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций <input type="checkbox"/> 4 таблетки / 8 унций
За четыре (4) часа до назначенного времени процедуры _____	Выпейте как минимум два (2) стакана воды или прозрачной жидкости по 16 унций. Вы должны перестать пить за 4 часа до назначенного времени процедуры.
Дополнительные инструкции:	

√ ЧЕГО ОЖИДАТЬ:

- Возможны симптомы частых позывов к испражнению и диареи в течение 1-3 часов, будьте терпеливы и старайтесь больше ходить, чтобы стимулировать перистальтику кишечника. Оставайтесь поблизости туалета.
- У некоторых пациентов симптомы могут проявиться позже. Если у вас не было испражнений в течение 3 часов после принятия первой дозы, позвоните в офис врача.
- После принятия препарата у вас возможны испражнения в виде прозрачной или желтой жидкости.
- Вы также должны принять вторую дозу препарата, даже если у вас испражнения в виде прозрачной или желтой жидкости.
- Пациентам, которые не полностью завершили подготовку и не были подготовлены должным образом, могут отменить или перенести процедуру.

√ КАК УПРОСТИТЬ ПОДГОТОВКУ:

- Пациенты могут использовать прокладки Destin, Anusol, Tucks или вазелин, чтобы защитить область прямой кишки от раздражения во время подготовки.
- Пациенты могут пить раствор через соломинку.
- Если пациентов тошнит, им следует медленнее пить или делать перерывы.
- Пациенты должны прекратить пить прозрачные жидкости не позже чем за четыре часа до процедуры. За 4 часа до процедуры ничего не употребляйте внутрь, даже воду, жевательную резинку или конфету. **Если вы этого не выполните, процедуру отменят.**

√ ПОСЛЕДНЯЯ ПРОВЕРКА:

- Если врач прописал вам ингалятор для лечения астмы, возьмите его с собой на процедуру.
- **Примите препараты от артериального давления, болезни Паркинсона, судорог или астмы. Пожалуйста, примите эти препараты за 3 или более часов до начала процедуры и запейте небольшим глотком воды.**
- Возьмите с собой удостоверение личности с фотографией, страховые карты, а также, при необходимости, документы по доплате.
- Оставьте ценные вещи и украшения дома и наденьте удобную одежду.
- Избегайте использования духов или лосьонов в день процедуры.

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ:

ИМЯ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО: _____ **РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ:** _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____