CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

Jeffrey Garbis, M.D.	Richard Chasen, M.D.
Jeffrey Bernstein, M.D.	Theodore Kim, M.D.
Marvin Lawrence, II, M.D.	Sean Karp, M.D.
Priti Bijpuria, M.D.	Lauren Halvorson, M.D.
Darryn Potosky, M.D.	Eileen Erskine, C.R.N.P.

ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) Prep Instructions

Nombre del paciente:_____

Fecha: _____ **hora de llegada para el procedimiento::** _____

Con el doctor: _____

Ubicación: **Laurel Regional Hospital** **Washington Adventist Hospital**

Howard County General

Se le dará sedación para su procedimiento y debe tener un paseo desde el examen. Usted no puede conducir usted mismo a casa y debe ser acompañado por un adulto responsable. Usted no puede ir a casa en transporte público solo. Para estar debidamente preparado para su procedimiento, por favor revise los requisitos previos al procedimiento en la hoja adjunta una semana antes de su examen y siga las instrucciones cuidadosamente.

Es muy importante que usted siga cada paso y complete todas estas instrucciones o la CPRE (cholangio-pancreatography retrógrada endoscópica) puede tener que repetirse.

Si tiene alguna pregunta por favor comuníquese con nuestra oficina **a 301-498-5500.**

Si necesita reprogramar su procedimiento, requerimos al menos 48 horas de antelación.

Instruciones de Preparacion (ERCP) **CAPITAL DIGESTIVE CARE, LLC**

Día de la cita: L M M J V

Fecha: _____ Hora de llegada: _____

Paso 1: **Fecha: _____**

Procedimiento programado en la mañana:

☐ Por favor lea toda la hoja de instrucciones

☐ Suspender los medicamentos que contienen hierro

☐ Descontinue el ibuprofeno, Advil/Motrin/Aleve & anti-inflamatorios y otros AINE. _____

☐ Usted puede usar Tylenol (acetaminofén) para incomodidad

☐ Suspender los diluyentes de la sangre/anticoagulantes (por ejemplo, Plavix/Coumadin/warfarin/Eliquis) según las instrucciones de su médico, pero tome todos los demás medicamentos, incluidos los medicamentos para la presión arterial

☐ Nada para comer, beber, fumar o masticar desde la medianoche hasta después del procedimiento.

☐ Por la mañana, tome todas las otras medicaciones incluyendo la medicación de la presión arterial con los sorbos del agua 4 horas antes del procedimiento

☐ Si usted es asmático, por favor traiga su inhalador con usted el día de su procedimiento.

☐ Por favor traiga con usted: tarjetas de seguro, cualquier copago requerido, los formularios de historial médico, licencia de conducir o identificación de fotos. Dejar objetos de valor y joyas en casa. Use ropa cómoda.

□ Notas: _____
_____
_____

Paso 2: **Fecha: _____**

Procedimiento programado por la tarde:

☐ Usted puede beber líquidos claros después de la medianoche

Tiempo de parada: _____

☐ Ejemplos de líquidos claros: café o té (sin leche o productos lácteos), caldo claro o caldo, refrescos carbonatados o no carbonatados como 7-up, Sprite, Ginger Ale, MT. Dew (regular o dietético), limonada (sin limonada o pulpa rosada), zumos de fruta sin pulpa, gelatina (amarillo o verde solamente), paletas (amarillo, verde, anaranjado solamente), caramelo duro

☐ Por la mañana, tome todas las otras medicaciones incluyendo la medicación de la presión arterial con los sorbos del agua 4 horas antes del procedimiento

☐ Si usted es asmático, por favor traiga su inhalador con usted el día de su procedimiento.

☐ Por favor traiga con usted: tarjetas de seguro, cualquier copago requerido, los formularios de historial médico, licencia de conducir o identificación de fotos. Dejar objetos de valor y joyas en casa. Use ropa cómoda.

Notas: _____
_____
_____

11/13/17 rj