

Información para pacientes INSTRUCCIONES PARA EL ALTA

Sr/Sra Fecha / /

Medicamentos:

- Dentro de 1 (una) hora comience con su medicación habitual (si tiene alguna indicada).
- Los gases abdominales acumulados en el estudio se evacúan espontáneamente.
- Si persisten puede tomar 20 (veinte) gotas o 1 (uno) comprimido de antiespasmódicos simples: Buscapina, Sertal NR, Etc.

Actividades:

- Recuerde que la sedación reduce sus reflejos habituales. Por lo tanto, debe ir acompañado a su casa y descansar limitando sus actividades hasta el día siguiente.
- No debe manejar automóviles ni maquinarias peligrosas en las próximas 12 hs.
- Evite tomar decisiones legales en el día de hoy.
- Asegúrese de movilizarse acompañado y tenga especial cuidado en subir y bajar de automóviles o escaleras durante las próximas 12 hs.

Dieta:

- Si se le realizó algún tipo de tratamiento endoscópico, como polipeptomías, inyecciones, etc., debe guardar reposo durante 48 hs.
- Solicite turno con su médico de cabecera. Mientras tanto, continúe con su tratamiento habitual.
- Si tiene dolor excesivo (que no ceda con los medicamentos adecuados) o presenta sangrado, náuseas y/o vómitos, o temperatura elevada, contáctese a la brevedad con su médico de cabecera.

Otras Instrucciones:

- Si se le realizó algún tipo de tratamiento endoscópico, como polipeptomías, inyecciones, etc., debe guardar reposo durante 48 hs.
- Solicite turno con su médico de cabecera. Mientras tanto, continúe con su tratamiento habitual.
- Si tiene dolor excesivo (que no ceda con los medicamentos adecuados) o presenta sangrado, náuseas y/o vómitos, o temperatura elevada, contáctese a la brevedad con su médico de cabecera.

Ud. es dado de alta con:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resultado del estudio actual. | <input type="checkbox"/> Estudios previos. |
| <input type="checkbox"/> Muestra de material de biopsia/citología para enviar al Servicio de Anatomía Patológica. | <input type="checkbox"/> Prótesis, efectos y valores personales. |

Firma y MN del Médico



Firma del Paciente / Acompañante
DNI: