



Bio-Imagenes Group

Servicio de Diagnostico por Imágenes

COLON POR ENEMA

DOBLE CONTRASTE con Nigalax y Limonada

Por favor, siga las siguientes indicaciones para la realización del estudio.

DIA ANTERIOR AL ESTUDIO:

Desayuno:	Te o jugos de frutas azucarados (colados).
Almuerzo:	Caldo desgrasado. 1 vaso de jugo de pomelo o naranja (colado). 100 gramos de jalea de Membrillo o gelatina. 1 vaso de agua o te azucarados.
Hora 13:	Tomar por lo menos 1 vaso grande de jugos de fruta colado, o te azucarado.
Hora 15:	Tomar por lo menos 1 vaso grande de jugos de fruta colado, o te azucarado.
Hora 20:	Cena igual al almuerzo.
Hora 21:	Tomar 200cc. de limonada Roge.
Hora 23:	Tomar 6 grageas de Nigalax Radiológico con 1 vaso grande de agua (tomar 2 comprimidos cada 5 minutos).
Hora 24:	Tomar por lo menos 1 vaso grande de agua o te azucarado.

DIA DEL ESTUDIO:

Ayuno total.

Traer radiografías de colon por enema (si tiene).

SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA TOMANDO OTROS MEDICAMENTOS NO DEBE SUSPENDERLOS A EXCEPCION QUE SE HALLE EN TRATAMIENTO DE DIABETES, EN CUYO CASO, DEBERA CONSULTAR CON SU MEDICO TRATANTE LA ADAPTACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

Presentarse con receta autorizada y DNI.

CONFIDENCIAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Buenos Aires, a los días del mes de del año
Nombre del Paciente
Tipo de Documento: CI, LC, DNI N°
Con Domicilio en

Autorizo al Dr./Dra. y/o equipo que él designe a efectuar los siguientes procedimientos de Radiología con administración de sustancias de contraste y/o lodadas. (Tachar lo que no corresponda).

Declaro que el Dr./Dra. me ha explicado completamente la naturaleza y fines de la administración aplicación, introducción e intervención de los fármacos. Este procedimiento me ha sido debidamente informado, también de los beneficios y complicaciones por causas conocidas y/o desconocidas, molestias concomitantes y riesgos que puedan producirse. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y las mismas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente en forma clara y comprensible. Entiendo que en el curso de la administración de medicamentos podrían surgir condiciones imprevistas que necesiten la implementación de métodos diferentes a los previstos, consiento por lo tanto a la realización de operaciones y procedimientos adicionales que el profesional arriba mencionado o sus asistentes juzguen oportunos.

Se me ha explicado que la introducción de la aguja, (en los casos que corresponda) para la aplicación en la superficie de la piel y/o endovenosa puede quedar un hematoma, aparecer cambios en la colaboración de la piel, dolor, intolerancia a los productos así administrados, reacciones de tipo alérgico y/o efectos no deseados.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales; Presto conocimiento con aquellos que en la opinión de médico tratante sean necesarios.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Confirmo que he leído y comprendido perfectamente lo anterior.

Firma y aclaración del paciente

Firma y aclaración de familiares o allegados

Firma y Sello del Médico Fecha/...../.....

Negativa a recibir información

Firma y aclaración del paciente

Firma y aclaración de familiares o allegados