



INSTRUCCIONES DE DOSIS DIVIDIDA – PREPOPIK PREPARACION (Instructions for Split-Dose Prepopik)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Procedimiento: _____ Hora de Llegada: _____ Medico: _____

Oficinas: MidAtlantic Endoscopy Center-Lancaster (2104) Lancaster General Hospital Ephrata Community Hospital
 MidAtlantic Endoscopy Center-Oregon Pike Lancaster Regional Medical Center
 Lancaster Gastroenterology Procedure Center (2112) Heart of Lancaster Regional Medical Center

✓ Su receta para su preparación ha sido enviada a su farmacia. Por favor recogerlo inmediatamente (dentro de 5 a 7 días)
✓ Cuando vaya a preparar su preparación, sólo siga las instrucciones de la caja para mezclar la preparación, pero seguir la hoja de instrucciones a continuación para tomar la preparación.

INSTRUCCIONES DE MEDICAMENTOS: A menos que esté mandado de otra manera, tome todas sus medicaciones rutinarias, INCLUYENDO ASPIRINA y PLAVIX. **PARAR** ADVIL, MOTRIN, ALEVE, IBUPROFEN, MULTI-VITAMINS, VITAMINA E, ACEITE DE PESCADO, FLAXSEED y HIERRO cinco (5) días antes de su procedimiento. **Toma Tylenol solamente para el dolor. Coumadin, Aggrenox y Ticlid deben NO tomarse por cinco (5) días antes de procedimiento.**

****Si usted es diabético/a, usted puede tomar su Metformin (Glucophage) la mañana del día antes de su procedimiento. Usted tendrá que mantener su Metformin (Glucophage) la noche anterior y la mañana de su procedimiento. Mantenga otros medicamentos orales para la diabetes la mañana del procedimiento y comprobar su nivel de azúcar antes de la llegada. Si su nivel de azúcar es de 70 o menos, por favor informe al recepción inmediatamente de su llegada.**

****Consulte con su médico de familia acerca de otros medicamentos para la diabetes, especialmente la insulina. Si usted tiene una bomba de insulina, usted es responsable de llamar y recibir instrucciones específicas del proveedor que controla su bomba.**

DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

NO TENGA NINGUN ALIMENTO SOLIDO HOY. ESTO COMIENZA DESDE EL MOMENTO QUE SE DESPIERTE. PUEDE TOMAR LIQUIDOS CLAROS SOLO DE LA SIGUIENTE LISTA.

LOS LIQUIDOS CLAROS PERMITIDOS-(DÍA ANTES DE SU PROCEDIMIENTO HASTA LA DOSIS DE PREPARACION DE LA MAÑANA.) NO Bebidas Alcohólicas. Las bebidas de agua (claro, carbonatada y/o con sabor) bebidas deportivas (Gatorade o propulsar), bebidas carbonatadas (Sprite, 7 -Up , Ginger Ale), café o té sin leche o crema, jugos de frutas claros (manzana, uva blanca , arándano blanco) sin pulpa, limonada, gelatina/Jell O sin fruto, Kool Aid, Hi -C, el hielo de frutas, paletas heladas, caldo, miel, azúcar, dulces y hielo duros

1. **A las 6 p.m.** tome su primer paquete de preparación PREPOPIK y disuelva el polvo en 5 onzas (línea inferior de la taza) de agua fría. Usted debe removerlo durante 2-3 minutos hasta que esté completamente disuelto y beber todo el contenido inmediatamente.
2. Continúe bebiendo por lo menos **cinco** tazas de 8 onzas (línea superior de la taza) de líquidos claros. Beba más si puede hasta que comience bebiendo su segunda dosis de su preparación.

DÍA DEL PROCEDIMIENTO:

1. Comience bebiendo su segunda dosis de la preparación en _____ a.m. (5 horas antes de salir de su casa). Tome el segundo paquete de preparación PREPOPIK y disuelva el polvo en 5 onzas (línea inferior de la taza) de agua fría. Usted debe removerlo durante 2-3 minutos hasta su completa disolución y beber todo el contenido inmediatamente.
2. Beber inmediatamente al menos **tres** tazas de 8 onzas (línea superior de la taza) de líquidos claros dentro de 1 hora (esto es un total de 24 onzas). Tome los medicamentos necesarios de la mañana con esta dosis de preparación intestinal.
3. **Una vez terminado con la preparación del intestino, No puede tener nada por la boca para comer o beber. NO agua, goma de mascar, mentas, etc. Si lo hace, usted está en riesgo de tener su procedimiento cancelado.**
4. Usted puede experimentar hinchazón o náuseas. Esto debe desaparecer a medida que comienzan los movimientos intestinales.
5. Se espera que después de tomar la preparación, sus heces fecales aparecerán acuosas o líquidas, liquido amarillo sin heces sólidas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____