PREPARO DO PACIENTE PARA O EXAME DE ULTRASSOM DE BIÓPSIA DEPRÓSTATA TRANSRETAL	REQ 1315 Versão 001

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:_____ Data de nascimento:_____/____/_____
Nome da mãe:_____ Sexo: ( ) F ( ) M
Peso:_____Kg
N°telefone: ( )_____-_____ Data da realização do exame:____/_____/_____
Horário da realização do exame:_____:_____ Nº MV:_____

Orientações a serem passadas para o paciente ou acompanhante:

- Suspender o uso de anticoagulante (AAS, Plavix, Marevan, Marcomar, Varfarina, Coumadin, Melhoral, Bufferin e antiagregantes plaquetários) após autorização do médico que prescreveu, por 7dias antes do procedimento;
- Paciente deve trazer documentos pessoais (RG, CPF e Cartão do SUS);
- Trazer exames anteriores de sangue e outros que tiver da próstata;
- Para realização do exame é obrigatório a presença de um acompanhante maior de 18 anosportando seus documentos pessoais (RG e CPF). O EXAME NÃO SERÁ REALIZADO SEM O ACOMPANHANTE MAIOR DE 18 ANOS;
- Comprar 01 PHOSFOENEMA para limpeza intestinal;
- Pegar com a recepção da Diagnose no ato do agendamento a receita do antibióticoCiprofloxacino de 500mg para ser comprado, e orientações sobre preparo;

Medicação:

- Ciprofloxacino de 500 mg, sendo 02 (duas) caixas, com 6 (seis) comprimidos cada, tomar viaoral;
- Na noite anterior ao exame: Tomar 02 (dois) comprimidos.
- No dia do exame: tomar 01 (um) comprimido de 12 em 12 horas;
- Nos 3 (três) dias seguintes ao dia do exame(após realizar o exame): Tomar 01 (um comprimido)de 12 em 12 horas.

No dia anterior ao exame:

- Na véspera do exame dieta leve(frutas, verduras, água de coco, sucos, legumes cozidos);
- Tomar antibiótico conforme prescrição médica e orientações.

No dia do exame:

- 01 PHOSFOENEMA - Fazer para limpeza do intestino 02h a 03h antes do exame (em casa);
- Jejum de 8 Horas de alimentos e líquidos;
- Medicações de uso diário não precisam ser suspensas.

Observações:

- Trazer toalha de rosto;
- Chegar 40 minutos antes do horário marcado;
- O paciente não poderá trabalhar, dirigir moto/carro/bicicleta, nem andar de carona emmoto ou bicicleta ou realizar qualquer atividade que requeira atenção.

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. REQ 001 - Versão: 002 - Pág. 1 de 2	Arquivo específico da área/ cópia digital	Pasta específica/ colaboradores da área	Por nome e data	45 anos	Reciclagem

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. REQ 001 - Versão: 002 - Pág. 1 de 2	Arquivo específico da área/ cópia digital	Pasta específica/ colaboradores da área	Por nome e data	45 anos	Reciclagem