

Rua 16, 1648 - Ituiutaba-MG
(Hospital N. S. D'Abadia)

(34) 3268-0138



CENTRO DE SAÚDE

Gastrointestinal

ITUIUTABA - MG

PREPARO PARA EXAME ENDOSCÓPICO

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Naturalidade: _____

Procedência: _____ Convênio: _____

Solicitação Dr.: _____

Data do exame: ____/____/____ Hora: _____

👉 Na véspera fazer alimentação normal até às 18 horas, água até às 22 horas.

👉 No dia marcado para o exame não comer e nem tomar líquidos (jejum completo).

👉 Não vir dirigindo carro, motocicleta ou bicicleta.

👉 Não fumar.

TRAZER 1 ACOMPANHANTE (não é permitido a presença de crianças).

No caso de impossibilidade de comparecimento, solicitamos a gentileza de comunicar com pelo menos 24 horas de antecedência.

Obs.: _____

Ciente em ____/____/____

INFORMAÇÕES DE MEDICAÇÃO EM USO:

Nome	Dosagem

CASO TENHA ALERGIA A ALGUMA MEDICAÇÃO INFORMAR:
