

U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Responsabile: dott. Massimo Tatali

NOTA INFORMATIVA SPECIFICA: COLONSCOPIA

Redatta in data 05/2021

Gentile Paziente, con questa scheda informativa si riportano alla Sua attenzione, in forma scritta, le informazioni più importanti che attengono all'esame che le è stato proposto.

Tali informazioni di carattere generale Le potranno essere d'aiuto per fare una scelta consapevole circa il trattamento sanitario che riterrà più idoneo e rispondente ai Suoi bisogni.

Le ricordiamo che la presente scheda informativa è integrativa e non sostitutiva del colloquio informativo sull'atto sanitario proposto, che costituisce il cardine dell'importante rapporto di dialogo che ci deve essere tra il medico e il paziente per un percorso di cura condiviso e consapevole. Le ricordiamo infine che le informazioni di seguito riportate, fatto salvo le necessarie specificità attribuibili al suo caso concreto, sono riconducibili alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate nell'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità o, in mancanza delle suddette raccomandazioni, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Troverà in calce a questa scheda informativa i riferimenti bibliografici alle Linee Guida e/o Buone Pratiche Clinico-Assistenziali sulla cui base questo atto sanitario Le viene proposto.

PREMESSA

La colonscopia è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon). Si esegue con l'ausilio di uno strumento flessibile, il colonscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno dei visceri da esplorare, che è introdotto dall'ano e che consente di esplorare tutto il grosso intestino.

INDICAZIONI

Il medico con l'introduzione del colonscopio ha una visione nitida e precisa del vostro intestino (se la preparazione è stata correttamente effettuata). Questo gli consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. La colonscopia, anche in mani esperte e in condizioni di ottima preparazione, presenta una piccola percentuale di lesioni che possono sfuggire all'indagine. Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di tessuto (biopsie), che sono successivamente inviati al laboratorio per l'esame istologico. Il prelievo di tali frammenti è del tutto indolore. Tale metodica è utile in molti casi di malattie infiammatorie o infettive dell'intestino e non solo quando vi sia il sospetto di tumore. La colonscopia, oltre a fare diagnosi, consente anche il trattamento di alcune lesioni, come i polipi intestinali. I polipi sono rilevatezze della mucosa intestinale, di natura per lo più benigna, tutt'altro che infrequenti dopo i 50 anni, che possono essere asportati durante la colonscopia con diverse tecniche di resezione (polipectomia semplice o mucosectomia). Il materiale prelevato viene inviato per l'esame istologico.

Durante la procedura è possibile eseguire l'emostasi di lesioni sanguinanti o la profilassi di eventuali sanguinamenti mediante varie tecniche (iniettiva, meccanica, termica), utilizzare coloranti per migliorare la definizione morfologica di alcune lesioni (cromoendoscopia), iniettare carbone sterile (SPOT) per tatuare alcune aree del colon, rimuovere corpi estranei.

CONTROINDICAZIONI

Absolute: quando il rischio è ritenuto più elevato rispetto ai potenziali benefici; quando è nota o si sospetta la perforazione del viscere; in caso di infarto del miocardio in atto

Relative: colite fulminante; megacolon tossico; diverticolite acuta severa; peritonite; aneurisma delle arterie iliache e/o dell'aorta clinicamente significative o non trattati; diatesi emorragica grave non correggibile; scompenso cardiaco severo; insufficienza respiratoria severa

CONSIGLI PER LA PREPARAZIONE

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poiché l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino, in caso contrario l'esame non potrà essere effettuato.

È necessario portare con sé il giorno dell'esame la documentazione clinica in possesso inerente al proprio stato di salute ed eventuali interventi chirurgici effettuati o pregressi esami endoscopici, nonché esami di laboratorio o strumentali recenti e la terapia farmacologica assunta.

In caso di terapia con anticoagulanti, es. Coumadin o Sintrom, continuare la terapia con controllo dell'INR 1-2 giorni prima dell'esame. Se si assume uno dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) non assumere la dose del mattino. La terapia con antiaggreganti non deve essere sospesa. In previsione di atti endoscopici operativi potranno essere sospesi per i giorni previsti i farmaci antiaggreganti e/o anticoagulanti.

In caso di allergia al lattice contattare il nostro Servizio prima della data prevista per l'esame.

Va segnalato inoltre se si è portatori di pacemaker o impianti metallici. Se si è portatori di defibrillatore impiantabile contattare il nostro Servizio prima della data prevista per l'esame.

In caso di gravidanza accertata o presunta avvertire il medico.

In casi selezionati può essere necessaria la somministrazione di una profilassi antibiotica, che verrà valutata in occasione dell'esame stesso.

MODALITÀ DI ESECUZIONE

Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. La durata dell'esame è variabile, non prevedibile. Provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di aria attraverso l'endoscopio, allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio. L'esame può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome. Durante la procedura vengono acquisite immagini fotografiche per documentare i vari momenti della procedura.

Le ricordiamo che durante la fase esecutiva potrebbe essere necessario, in base a caratteristiche anatomiche sconosciute o stati fisiologici/patologici subentranti, modificare quanto programmato.

Le ricordiamo che una carente collaborazione (mancato rispetto degli appuntamenti concordati, mancato rispetto delle istruzioni ricevute) può comportare l'impossibilità di eseguire l'atto sanitario proposto, il rischio di insuccesso della procedura, di una sua minore efficacia ovvero l'insorgenza di un numero maggiore di complicanze.

SEDO-ANALGESIA PROCEDURALE

Per limitare il disagio e il possibile dolore generalmente si esegue una sedo-analgesia. In questa fase Lei sarà leggermente sedato ma in grado di rispondere agli stimoli tattili e verbali. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente, che vengono riportate su una scheda infermieristica. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati.

Nel caso in cui Lei siano stati somministrati dei farmaci sedativi, non potrà allontanarsi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile essere sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei. E' altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 12 ore successive alla sedo-analgesia.

In casi particolari (età pediatrica, oligofrenia, etc.) si potrà effettuare sedazione profonda con assistenza anestesiológica e comunque in queste situazioni occorre prendere accordi preventivamente con il personale del Servizio.

POSSIBILI COMPLICANZE

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura, pur tuttavia può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze legate alla preparazione intestinale, alla sedazione, alla patologia in atto (es. neoplasie, diverticoli), all'esperienza dell'operatore, alle comorbilità, alla particolare complessità anatomica. Il tasso di mortalità della colonscopia diagnostica è < 0.007%. Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- **Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie:** sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla sedazione e sono rappresentate da calo di ossigeno nel sangue, arresto respiratorio, infarto miocardico e shock.
- **Emorragia:** associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (0,1-0,6%). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. In rari casi può essere necessario controllarla mediante una tecnica di emostasi endoscopica. In caso di necessità potrà essere indicato praticare trasfusione di sangue e/o di emoderivati. L'indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rarissima.
- **Perforazione (0.07-0.3%):** la perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato (baro-trauma). In alcuni casi, quando la perforazione è di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico. Quando la perforazione è di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.
- **Infezioni:** dopo la colonscopia, con o senza biopsie si può manifestare una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia). Ciò avviene approssimativamente nel 4% delle procedure con una percentuale che va dallo 0% al 25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata generalmente una profilassi antibiotica.
- **Esplosione da gas:** è un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).
- **Miscellanea:** complicanze rarissime della colonscopia includono rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

ALTERNATIVE ALLA COLONSCOPIA

Altre indagini che oltre all'endoscopia esplorano il colon sono il clisma opaco e la colon-TC (o colonscopia virtuale) che però hanno una minore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia. Inoltre, nessuna di queste metodiche consente l'integrazione di procedure aggiuntive, come biopsie ed eventuali trattamenti terapeutici.

CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Le conseguenze di un rifiuto all'indagine possono comportare il mancato riconoscimento di una lesione e quindi il mancato trattamento con possibili ripercussioni nel breve periodo (es. sanguinamento massivo, occlusione intestinale) o in un periodo più lungo (es. lesione neoplastica).

COSA SUCCEDA DOPO LA COLONSCOPIA

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive. In alcuni casi, però, potrebbe essere necessario il posizionamento di una sonda rettale allo scopo di facilitare l'eliminazione dell'aria insufflata durante l'esame. Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, secondo il giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata. Qualora l'esame sia eseguito in sedazione, al termine può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 12 ore successive alla procedura. La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione. Se non è stata praticata alcuna sedazione, il paziente potrà tornare a casa anche da solo. A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame. È importante pertanto riconoscere i segni precoci di possibili complicanze. Sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

COSA FARE IN CASO DI ESAME INCOMPLETO

L'esame può non essere completato nel 5-30% dei casi: in caso di preparazione intestinale inadeguata; in presenza di restringimenti del lume del viscere (stenosi) non superabili con lo strumento; in presenza di angolature/aderenze o di una particolare lunghezza del viscere che determina ostacolo alla progressione dell'endoscopio e/o dolore non gestibile dalla sedazione che si sta effettuando. In caso di colonscopia incompleta per i suddetti motivi, e qualora esista l'indicazione ad esaminare anche i tratti di grosso intestino non visualizzati, le possibili alternative sono costituite da: ripetere l'esame con una preparazione diversa, ben eseguita o "rinforzata" a giudizio del medico; ripetere l'esame con una sedazione più idonea o presso un Centro di riferimento per la metodica proposta o eseguire un esame alternativo quale la Colonscopia Virtuale.

COLONSCOPIA OPERATIVA

Durante la colonscopia, come già detto, oltre a fare diagnosi, è possibile effettuare manovre operative che consentono il trattamento di alcune lesioni, come i polipi intestinali, con diverse tecniche di resezione (polipectomia o mucosectomia) di seguito riportate:

• **POLIPECTOMIA – descrizione e rischi**

È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione dei polipi del colon, mediante l'utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) che generalmente vengono collegati ad un elettrobisturi. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo"). Il rischio della procedura varia in rapporto a sede, morfologia, dimensioni del polipo ed alle condizioni cliniche di base del paziente. Le complicanze sono rare. Le più frequenti sono rappresentate da:

- **Perforazione (0.04-1.0%):** la perforazione in corso di polipectomia pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (per esempio posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.
- **Emorragia (0.3-6.1%):** l'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente. In circa l'1.5% dei pazienti sottoposti a polipectomia si verifica un sanguinamento immediato che normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare sino a 7-30 giorni dopo la procedura. Il ricorso alla chirurgia è raro.
- **Ustione trans-murale (0.003-0.1%):** è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia. La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

• **MUCOSECTOMIA (EMR) – descrizione e rischi**

È la tecnica di riferimento per l'asportazione di lesioni pre-neoplastiche (adenomi) o neoplastiche superficiali del tratto gastrointestinale. Si tratta di una procedura invasiva che consiste nel distacco della mucosa e della sottomucosa dagli strati profondi che avviene attraverso l'iniezione sottomucosa con un ago dedicato di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione, la quale viene successivamente resecata con l'ansa diatermica come avviene nelle tradizionali polipectomie. Il rischio della procedura varia in rapporto a sede, morfologia, dimensioni del polipo ed alle condizioni cliniche di base del paziente. Possibili complicanze sono l'emorragia e la perforazione che si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard. Il rischio di emorragia immediata è compreso tra 2.8-11%, mentre il sanguinamento tardivo avviene in circa l'1,5- 14% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro. La perforazione si verifica fino ad un 5% delle EMR.

La maggior parte delle perforazioni è immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura; può comunque rendersi necessario l'intervento chirurgico nel caso di mancata risoluzione endoscopica. La mortalità è dello 0.25%.

In alcuni casi (lesioni di dimensioni maggiori e/o necessità di asportazione in unico frammento) è indicata la resezione mediante la tecnica di dissezione endoscopica sottomucosa (ESD) praticata solo in alcuni centri di riferimento.

In alternativa a queste procedure endoscopiche (polipectomia, mucosectomia, ESD) è possibile eseguire un intervento chirurgico che è più invasivo e spesso richiede tempi di esecuzione e di degenza maggiori.

Bibliografia

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU n.12 del 16-1-2018)
2. Informed consent for GI endoscopy. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME 3rd, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Gan SI, Lichtenstein DR, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli RD, Van Guilder T. *Gastrointest Endosc.* 2007 Aug;66(2):213-8.
3. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. *BMC Gastroenterol.* 2008 Jun 3;8:22.
4. Linee Guida sulla sedazione in Endoscopia Digestiva SIED 2006
5. ASGE Standards of Practice Committee *Gastrointest Endosc.* 2017 Jan;85(1):22-31. doi: 10.1016/j.gie.2016.06.013. Epub 2016 Jun 30. Review.
6. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline 2017
7. Informazione e consenso per le procedure di Endoscopia Digestiva - SIED 2013
8. Consenso informato e informative alle procedure - SIED marzo 2020
9. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2019

INFORMAZIONI E REGOLE PER ESEGUIRE LA COLONSCOPIA

- Leggere attentamente la nota informativa.
- Durante la preparazione e anche il giorno stesso dell'esame continuare ad assumere la terapia in atto tranne che nelle due ore che precedono l'assunzione della soluzione lassativa. Per anticoagulanti e antiaggreganti leggere la nota informativa ed informarsi presso il medico curante.
- In caso di stipsi abituale è opportuno continuare ad assumere i lassativi comunemente utilizzati anche nei giorni precedenti l'inizio della preparazione.
- Informare il medico in caso di gravidanza accertata o presunta.

Avvertenze per utenti esterni

- Portare con sé la richiesta del medico e la documentazione clinica (cartelle cliniche, esami di laboratorio e strumentali, terapie in atto).
- Comunicare al Centro Unico Prenotazioni (CUP), in tempo utile e con congruo anticipo, l'eventuale disdetta dell'esame endoscopico, telefonando al numero verde 800098798 (0721 1779301 da cellulare) dalle ore 08.00 alle 19.00 dal lunedì al venerdì, ed il sabato mattina dalle ore 08.00 alle 13.00 oppure recandosi presso i centri di prenotazione.
- La sedazione potrà essere praticata soltanto qualora l'utente si presenti all'appuntamento accompagnato da una persona in grado di riaccomparlo al proprio domicilio. Si fa presente che non è possibile mettersi alla guida di veicoli e/o essere impegnati in attività che richiedono attenzione nelle 12 ore successive.
- L'orario di inizio dell'esame è puramente indicativo e potrà subire variazioni per il protrarsi di esami precedenti.
- Per motivate necessità il giorno, l'ora e la sede prefissati per l'appuntamento potranno subire variazioni.
- Il ticket sulla prestazione si paga presso l'ufficio cassa dopo l'esecuzione dell'esame.
- Per ogni chiarimento è possibile telefonare allo 0722/301206 dal lunedì al sabato dalle ore 11.00 alle ore 13.00.

PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA: NOTE INFORMATIVE

IMPORTANTE:

La preparazione intestinale è di grande importanza per ottenere una colonscopia di qualità.

La **colonscopia di qualità si può ottenere soltanto con una buona pulizia intestinale**: essa permette di escludere polipi, diverticoli, tumori ed altre lesioni.

Contrariamente una cattiva pulizia intestinale:

- **RIDUCE** la probabilità di effettuare una colonscopia completa (sino al cieco).
- **AUMENTA** la necessità di insufflare aria nell'intestino rendendo l'esame più fastidioso.
- **RIDUCE** la probabilità di trovare polipi o lesioni anche se presenti.
- **AUMENTA** il rischio di dover ripetere l'esame.
- **RIDUCE** per scarsa attendibilità i tempi in cui dover effettuare il successivo controllo.
- **AUMENTA** i rischi di complicanze della procedura.

Le preparazioni consigliate sono a base di PEG (polietilenglicole), tutte efficaci.

In caso di intolleranza riscontrata in precedenti preparazioni con soluzioni a base di PEG contattare il nostro servizio per concordare soluzioni alternative

INDICAZIONI DIETETICHE GENERALI:

- Il giorno prima dell'esame evitare di assumere verdura, frutta, legumi, qualsiasi cibo integrale o cibi contenenti semi.
- È ammesso un pranzo leggero il giorno prima dell'esame (pasta, carne, pesce, formaggi).
- A cena la sera precedente l'esame dieta idrica con liquidi chiari (tè, camomilla, brodo...).
- Dall'inizio della preparazione intestinale evitare di assumere cibi solidi fino al termine della esecuzione della colonscopia.
- È possibile assumere liquidi chiari (acqua naturale, tè, camomilla...) fino a 2 ore dall'inizio della procedura.
- Nelle 2 ore precedenti l'esecuzione dell'esame endoscopico interrompere l'assunzione di tutti i liquidi.

PREPARAZIONE CON 2 LITRI DI SOLUZIONE LASSATIVA

Non raccomandata in minori di 18 anni.

In questo caso utilizzare SELG ESSE 4 buste da 70 gr

NOME DEL PRODOTTO:

CLENSIA

Importante: ogni confezione di CLENSIA contiene 4 buste "A" + 4 buste "B".

SE LA COLONSCOPIA È PREVISTA tra le 8.00 e le 15.00

- Prima Dose: la sera prima dell'esame alle ore 20.00 sciogliere in 1 litro di acqua fresca naturale 2 buste "A" + 2 buste "B" di CLENSIA ed iniziarne l'assunzione che va terminata nell'arco di 1 ora circa; successivamente bere ½ litro di acqua o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane)
- Seconda Dose: la mattina dell'esame sciogliere in 1 litro di acqua fresca 2 buste "A" + 2 buste "B" di CLENSIA ed iniziare l'assunzione 4 ore prima dell'esame e terminare nell'arco di 1 ora circa ; successivamente bere ½ litro di acqua o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane).

È consentito bere acqua, tè o camomilla durante la preparazione. Non bere più nulla nelle 2 ore precedenti la colonscopia.

Esempio:

Appuntamento ore 09.00: bere la seconda dose dalle 05.00 alle 06.00 del mattino dell'esame. Successivamente bere ½ litro di liquidi chiari

SE LA COLONSCOPIA E' PREVISTA tra le 15.00 e le 18.00

- Prima Dose: la mattina dell'esame alle ore 08.00 sciogliere in 1 litro di acqua fresca 2 buste "A" + 2 buste "B" di CLENSIA ed iniziarne l'assunzione che va terminata nell'arco di 1 ora circa; al termine bere ½ Litro di acqua o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane).
- Seconda Dose: sciogliere nuovamente in 1 litro di acqua fresca 2 buste "A" + 2 buste "B" di CLENSIA ed iniziarne l'assunzione 4 ore prima dell'esame e terminare entro 1 ora circa; successivamente bere ½ Litro di acqua o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane).

È consentito bere acqua, tè o camomilla durante la preparazione. Non bere più nulla nelle 2 ore precedenti la colonscopia.

Esempio:

Appuntamento ore 15.00: bere la seconda dose dalle 11.00 alle 12.00. Successivamente bere ½ litro di acqua o liquidi chiari

PREPARAZIONE CON 1 LITRO DI SOLUZIONE LASSATIVA
Non raccomandata in minori di 18 anni; favismo (deficit G6PD); fenilchetonuria
In minori di 18 anni utilizzare SELG ESSE 4 buste da 70 gr

NOME DEL PRODOTTO:
PLENVU

Importante: ogni confezione di PLENVU contiene 1 busta "DOSE 1" e 2 buste "DOSE 2 (A e B)"

SE LA COLONSCOPIA E' PREVISTA tra le 8.00 e le 15.00

- Prima Dose: la sera prima dell'esame bere la DOSE 1 di PLENVU in ½ litro di acqua fredda tra le 20.00 e le 20.30-20.45; successivamente bere almeno ½ litro di acqua naturale o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane). Bere ulteriori liquidi chiari se si avverte lo stimolo della sete.
- Seconda Dose: la mattina dell'esame bere la DOSE 2 di PLENVU (Bustina A + Bustina B) in ½ litro di acqua fredda iniziando 4 ore prima dell'esame e terminando in 30-45 minuti; successivamente bere almeno ½ litro di acqua naturale o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane). Bere ulteriori liquidi chiari se si avverte lo stimolo della sete sino a 2 ore prima dell'esame.

È importante bere lentamente e a piccoli sorsi entrambe le dosi.

È consentito bere acqua, tè o camomilla durante la preparazione.
Non bere più nulla nelle 2 ore precedenti la colonscopia.

Esempio:

Appuntamento ore 8.30: bere la seconda dose tra le 04.30 e le 5.00-5.15 del mattino e successivamente bere almeno ½ litro di acqua o liquidi chiari. Bere ulteriori liquidi chiari se si avverte lo stimolo della sete sino a 2 ore prima dell'esame.

SE LA COLONSCOPIA E' PREVISTA tra le 15.00 e le 18.00

- Prima Dose: la mattina dell'esame bere la DOSE 1 di PLENVU in ½ litro di acqua fredda tra le 08.00 e le 08.30-8.45; successivamente bere almeno ½ litro di acqua naturale o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane). Bere ulteriori liquidi chiari se si avverte lo stimolo della sete.
- Seconda Dose: la mattina dell'esame bere la DOSE 2 di PLENVU (Bustina A + Bustina B) in ½ litro di acqua fredda iniziando 4 ore prima dell'esame e terminando in 30-45 minuti; successivamente bere almeno ½ litro di acqua naturale o liquidi chiari (tè, camomilla, tisane). Bere ulteriori liquidi chiari se si avverte lo stimolo della sete sino a 2 ore prima dell'esame.

È importante bere lentamente e a piccoli sorsi entrambe le dosi.

È consentito bere acqua, tè o camomilla durante la preparazione.
Non bere più nulla nelle 2 ore precedenti la colonscopia.

Esempio:

Appuntamento alle 15.00: bere la seconda dose tra le 11.00 e le 11.30-11.45 e successivamente bere almeno ½ litro di acqua e/o liquidi chiari. Bere ulteriori liquidi chiari se si avverte lo stimolo della sete sino a 2 ore prima dell'esame.