SUFLAVE 大肠镜检查 清肠准备说明

SUFLAVE Colonoscopy Bowel Prep Instructions · Simplified Chinese

unio SPECIALTY CARE

请今天就阅读本说明。有些药物必须在检查前 **7 天**停用。 请按照**本说明**操作，**不要**按照清肠药盒子里的说明。

取消政策：需要取消或改期吗？请至少提前 **5 个工作日**（周末不算）打电话给我们。如果您没有来或太晚取消，需支付 **300 美元**费用。

您的大肠镜检查时间

日期: ____/____/_____ **到达时间:** _____ **AM/PM** **检查时间:** _____ **AM/PM**

医生: ☐ **DR. KEN D. NGUYEN** ☐ **DR. TIM CHEN** ☐ **DR. DANA PAN**

☐ VALLEY DIGESTIVE HEALTH CENTER	488 E SANTA CLARA ST #102, ARCADIA, CA 91006
☐ USC ARCADIA HOSPITAL	300 W HUNTINGTON DR, ARCADIA, CA 91007
☐ GOOD SAMARITAN HOSPITAL	1245 WILSHIRE BLVD #200, LOS ANGELES, CA 90017

请按**到达时间**到达。本说明中的所有时间，都是从**检查时间**往前计算。

免费取消或改期的最后一天：

准备工作

- 到药房领取 **SUFLAVE** 套装。里面有 2 个瓶子和 2 包调味粉。
- **请提早领取：**最少在检查**前 7 天**领取，不要等到最后一刻。如果药房没有收到处方，**请立即发短信或打电话给我们**：626-898-4560。
- **安排接送：**检查后必须由一位成年家人或可信赖的朋友开车送您回家，您**不可以自己开车**。

药物：什么时候停用

- 请在表格中找到您的药物，并在表格所列的日期**停止服用**（从检查当天往前算）。如果您的药物**不在**本页上，请照常服用。
- **阿司匹林** (aspirin)：**请继续服用**，除非医生另有指示。
- **抗凝血药（稀释血液的药物）：**停药前，请先咨询为您开这种药的医生。如果您装有**金属（机械）心脏瓣膜**，或在过去一年内曾经**中风**或放置**心脏支架**，请先联系我们，您需要特别的指示。

停药时间	药物	什么时候重新开始服药
检查前 7 天 ___/___	抗凝血 prasugrel (Effient)	**抗凝血药和铁剂：**检查后，医生或护士会告诉您。 **糖尿病药和减肥药：**恢复正常饮食后再开始服用。 ***Metformin（二甲双胍）：**如果您有肾病，或检查时用了 X 光造影剂（例如 ERCP），检查后要再等 2 天（48 小时）。
	糖尿病 / 减肥 **每周打一次的针：** semaglutide (Ozempic, Wegovy), dulaglutide (Trulicity), tirzepatide (Mounjaro, Zepbound)	
	减肥 phentermine (Adipex-P, Lomaira)	
检查前 5 天 ___/___	抗凝血 warfarin (Coumadin, Jantoven) · clopidogrel (Plavix) · ticagrelor (Brilinta)	
	铁剂 铁剂：硫酸亚铁、富马酸亚铁或葡萄糖酸亚铁 (Feosol, Slow Fe, Ferro-Sequels, Fergon)	
检查前 4 天 ___/___	抗凝血 dabigatran (Pradaxa) — **如果您有肾病**	
	糖尿病 ertugliflozin (Steglatro)	
检查前 3 天 ___/___	糖尿病 canagliflozin (Invokana) · dapagliflozin (Farxiga) · empagliflozin (Jardiance)	
检查前 2 天 ___/___	抗凝血 rivaroxaban (Xarelto) · apixaban (Eliquis) · edoxaban (Savaysa) · dabigatran (Pradaxa) — 如果您的肾功能正常	
检查当天早上 **（不要服用）**	糖尿病 metformin* (Glucophage, Glumetza, Fortamet, Riomet) · glipizide (Glucotrol), glyburide (DiaBeta, Glynase), glimepiride (Amaryl) · semaglutide 口服片 (Rybelsus, Wegovy 口服片) · sitagliptin (Januvia), linagliptin (Tradjenta)	

胰岛素 — 不要自己停用胰岛素

胰岛素种类	检查前一天（只喝清流质的那天）	检查当天早上
长效: glargine (Lantus, Toujeo, Basaglar), detemir (Levemir), degludec (Tresiba)	注射平时剂量的**一半 (½)**	注射平时剂量的**一半 (½)**
预混型和 NPH: Humulin 70/30, Novolin 70/30, Novolog 70/30, Humalog 75/25, Humalog 50/50, NPH (Humulin N, Novolin N)	注射平时剂量的**一半 (½)**	注射平时剂量的**一半 (½)**
餐时（速效）: lispro (Humalog), aspart (Novolog), glulisine (Apidra), regular (Humulin R, Novolin R)	**不要注射**（因为不吃正餐）	**不要注射**

- 检查前一天请**至少测量 3 次**血糖，出门前再测量一次。
- 请随身携带果汁或葡萄糖片，以防血糖过低。
- 血糖过高时，只有在医生事先指导过的情况下，才可以额外注射少量胰岛素（矫正剂量）。

大肠镜检查前 5 天

- 开始**低纤维饮食**。扫描二维码查看可以吃什么。
- **可以吃：**白面包、白米饭、普通面条或意大利面、鸡蛋、鸡肉、鱼、豆腐、牛奶、奶酪和原味酸奶。
- **不要吃：**水果、蔬菜、坚果、种子、豆类、玉米、爆米花或全谷物。
- **停止服用铁剂。**

扫码查看低纤维饮食

第 1 步 — 大肠镜检查前一天

- **全天：**不可进食任何固体食物，**只可饮用清流质**（即看得透的液体，见下方清单）。请多喝，以免脱水。
- **下午 5 点：**把 **1 包调味粉**倒进 **1 个瓶子**，加温水到刻度线。盖好盖子，摇到药粉完全溶解。放进冰箱冷藏 1 小时，不要冷冻。
- **下午 6 点：每 15 分钟喝 1 杯（8 盎司）**，直到喝完一瓶。
- 然后在晚上再喝 **16 盎司水**。
- **不要**服用其他泻药。
- 每次开始喝清肠药前 1 小时起，直到喝完为止，**不要服用任何口服药**。
- 请留在洗手间附近。您会多次排出水样大便，这是正常现象。

清流质 — 可以喝

- 白开水
- Gatorade、Pedialyte 或 Powerade
- 清汤（不含任何料）
- 黑咖啡或茶（不加奶、不加奶精）
- 汽水（有气或无气）
- Kool-Aid 或其他果味饮料
- 无果肉的透明果汁（苹果汁、白葡萄汁）
- 果冻 (Jell-O)、冰棒、硬糖

不可以

- 任何**红色或紫色**的东西
- 酒
- 牛奶或奶精（包括非乳制奶精）
- 有面条或蔬菜的汤
- 有果肉的果汁（例如橙汁）
- 任何**看不透**的饮料
- 固体食物

第 2 步 — 大肠镜检查当天

- **检查时间前 6 小时：** 用同样方法调配**第 2 瓶**。（可以前一晚调好放冰箱，24 小时内用完。）**每 15 分钟喝 1 杯（8 盎司）**直到喝完，然后再喝 **16 盎司水**。
- 即使大便已经变得清澈，也要把清肠药**全部**喝完。
- 所有东西必须在检查时间**前至少 2 小时**喝完。

您早上要吃的其他药：出门前，请用**一小口水**服用**所有不在**停药清单（第 1 页）上的早上药物——**包括降血压药**。 请在喝完清肠药**之后**再吃。
糖尿病：当天早上**不要**服用糖尿病药片。胰岛素请按照**胰岛素**表格注射。

- **检查时间前 2 小时：** 停止喝任何东西——不喝水、不喝清流质、不吃糖、不嚼口香糖。（只可用一小口水吞药。）
- 带上**接送您的人**和您**所有药物的清单**。

大肠镜检查之后

- **检查结果：**如果我们做了活检（取一小块组织化验），结果需要 7–10 个工作日。医生会打电话或寄信通知您。
- **抗凝血药：**医生或护士会告诉您什么时候重新开始。
- **糖尿病药：**恢复正常饮食后再开始服用。
- 您接受了镇静麻醉，当天余下的时间**不可以开车**。
- 检查时注入的空气可能引起轻微腹痛、腹胀或排气。这是正常现象，很快会自行消失。
- 如果您有**严重腹痛、发烧或大便带血，请立即打电话**给我们：626-898-4560。紧急情况请拨打 911。

我已收到并明白本说明和取消/失约（No Show）政策（300 美元费用）。我明白如需取消，必须在预约时间至少 5 个工作日前通知。

病人姓名（请用正楷）： _____

X _____ **日期:** _____

病人签名