

Name : _____

대장내시경 준비 안내서 (Miralax)

성공적인 대장내시경 시술을 위해 다음의 지침을 정확히 따르시길 바랍니다. 이 지침을 정확히 따르지 않으면 다시 시술해야 하고 보험환급이 안되는 추가 비용이 발생합니다. 일정을 변경해야 하거나 질문, 그리고 문제가 있으면 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 4시까지 (808)888-0967 번으로 전화주십시오. 근무시간 이후나 주말에는 의사 연락망(Physician Exchanges) (808)524-2575로 전화해서 대장과 당직 의사와의 통화를 요청하십시오.

지침 비디오는 1) <https://vimeo.com/562634862> 또는 2) www.gihealthhawaii.com under the tab "Procedure Preparation" 에서 시청하실 수 있습니다.

내시경 시술일:	
체크인 시간:	시술 시간:
위치: <input type="checkbox"/> ENDOSCOPY INSTITUTE OF HI 1401 S. BERETANIA ST, SUITE 200, 2nd Floor, (808) 312-6700	
<input type="checkbox"/> PACIFIC ENDOSCOPY CENTER 1029 MAKOLU ST, STE H (808) 456-6420	

시술 1주일 전 유의사항:

지시사항을 같이 검토하시길 원하시거나 질문이 있으시면 808-888-0967로 전화 주십시오.

팝콘, 씨앗종류, 옥수수, 콩, 견과류를 먹지 마세요. 예) 참깨, 딸기, 콩자반 등

피를 묽게 하는 항혈액응고제(**blood thinners**)를 복용하시면

STOP _____ on _____ **간호사가 환자의 심장전문의로부터 허가를 받아 전화할 때까지 약품을 중단하지 마시오.**

□ 내시경 시술 후 환자를 차로 데리러 올 운전자가 있는 지 확인합니다.

- 운전자는 반드시 18세 이상이며 퇴원 시 동행해야 합니다.
- 시술 후 발생할 수 있는 합병증 위험으로 인해 마취가 포함된 모든 시술에는 성인 보호자가 동반해야 합니다.
- 운전자가 없으면 환자부담으로 찰리스(Charley's) 택시로 의료수송(Medicab)를 이용할 수 있습니다. 이 서비스가 필요하다면 체크인할 때 직원에게 미리 알려 주세요.

☆ 다음의 약물과 음료를 구입하세요:

□ 4 (four) Dulcolax (Bisacodyl) tablets(둘코락스 4정)

□ 2 (two) bottles of Miralax (119 grams) (119그램용량의 미라랙스 파우더)

□ 2 (two) 32 oz bottles of Gatorade Lemon/Lemon-Lime flavor(946ml
게토레이드 레몬맛) 이나 전해질이 첨가된 물로 대체 하셔도 됩니다.

□ Petroleum Jelly (Vaseline or Aquaphor) 바세린 같은 페트롤리움 젤리 를
구입하셔서 항문 피부 자극을 완화 시켜 주세요.

시술 3일 전 유의사항:

☆ 섬유질 함량이 낮은 음식을 섭취하십시오.

- 김치, 나물, 현미잡곡밥, 미역 등 고섬유질 식품을 중단합니다.
- 흰쌀밥, 달걀, 두부, 요거트, 치즈 등은 섬유질 함량이 낮아 섭취가능합니다.

☆ 식이섬유 보조제와 지사제(설사약) 복용을 중단합니다.

대장내시경 검사를 위한 저섬유 다이어트	
✓ 관찰은 음식들	⊘ 피해야할 음식들
흰빵	통밀빵 또는 파스타
백미 또는 국수	갈색 또는 야생 쌀
플레인 크래커, 바닐라 웨이퍼	통밀 크래커와 롤
껍질이 없는 익은 감자	날 것 또는 덜 익은 야채
껍질이 없는 닭고기, 칠면조, 계란 또는 생선	질긴 고기 또는 껍질 있는 고기
통조림 과일(씨나 껍질 은 안됨)	시리얼, 그래놀라, 옥수수빵

시술 하루 전 유의사항 :

□ 아침에는 처방전 지시에 따라 내시경 준비물을 물에 섞어 혼합물로 만들어 냉장보관합니다. (혼합 후 24시간 내 모두 복용해야 합니다.)

☆ 아침식사와 가벼운 점심식사는 드셔도 됩니다.

□ 혈압약이나 아스피린, NSAIDS를 복용하는데 주치의의 별다른 지시가 없으면 평상시와 같이 복용해도 됩니다.

☆ 당뇨병자: 경구용 약물 (먹는약) 금지. 인슐린 사용자: 평소 사용량의 1/2 투여.

☆ 오후 한시에 돌코락스 4알을 충분한양의 물과 함께 복용하세요

☆ 오후 1시부터 모든 고형 음식 섭취 금지

섭취가능한 음료	섭취금지 음료
<ul style="list-style-type: none"> ● 게토레이드(Gatorade), 크리스탈 라이트 레몬에이드(Crystal Light Lemonade), ● 페디아라이트(Pedialyte) 나 파워에이드(Powerade) ● 커피나 차 (블랙커피나 설탕 가능) ● 탄산 또는 비탄산 음료수 ● 과일맛 음료 ● 사과주스, 무색 크랜베리 주스, 무색 포도 주스 ● 젤로(젤라틴), 빙과류 ● 맑은 국물 	<ul style="list-style-type: none"> ● 술 ● 우유나 비 유제품 크림(예: 커피믹스, 코코넛밀크, 두유) ● 과육이 씹히는 주스(예: 파인애플 주스) ● 불투명한 액체(예: 사골 국물) ● 건더기가 있는 스프(예: 치킨 누들 스프, 야채스프) ● 딱딱한 사탕 <p>***빨간색, 주황색, 보라색 음료 금지***</p>

□ 오후 5시부터 MiraLax 1병(119g)과 게토레이드 1병(946ml)의 혼합물을 마시기 시작합니다.

- 복용 후 급작스러운 장활동으로 인해 설사가 1시간에서 최대 5시간까지 지속될 수 있으므로 복용 1시간 전후에는 화장실 근처에서 대기합니다.
- 바세린 같은 페트롤리움 젤리를 사용해서서 항문 피부 자극을 완화 시켜 주세요.
- 탈수를 막기 위해 물을 충분히 드세요.
- 혼합물 복용 지침을 건너 뛰지 마시고 시간을 잘 따라주셔야 합니다.

내시경 시술일:

체크인 시간:

시술 시간:

□ (*시술 당일날 흡연은 안되십니다.*)

□ 시술 당일날, 체크인 5시간전 _____ **MiraLax 1병(119g)과 게토레이 1병(946ml)의 혼합물을 약 15분 마다 한컵씩 마십니다.**

★ 탈수를 막기 위해 물을 충분히 드세요.

★ 혼합물 복용 후 대변이 맑거나 노란 액체라면 준비가 된 것입니다.

★ * 권장드리는 속도입니다. 하지만 속이 메스껍거나 토할 것 같다면 휴식을 취하고 본인에 맞는 속도에 따라서 마시면 됩니다.

□ 아침마다 복용하는 약(혈압약 등)이 있다면 시술하러 가기 최소한 2시간 전에 복용하세요.

★ **당뇨환자-시술 후 음식을 먹을 수 있을 때까지 경규 당뇨약복용, 인슐린 투여 금지**

□ 내시경 시술 체크인 2시간 전: _____
물, 민트, 그리고 껌 등 모든 구강 섭취를 중단하십시오.

□ 모든 보석, 귀중품, 개인물품은 집에 놔두고 오십시오.

□ 콘택트렌즈를 착용하지 마세요.

□ 착탈식 틀니가 있으시면 틀니 컵을 드리겠습니다.

☆ 실내가 추우니 양말을 꼭 신고 오시기 바랍니다.

☆ 신분증과 보험카드를 지참하세요.

☆ 일반 의약품을 포함하여 처방약까지 현재 복용 중인 모든 약 리스트를 지참하세요.

☆ 다른 사전 약정이 없는 한, 일정 부담금 코페이먼트(copayment)이나 비율 부담금 (co-responsibility)는 시술 당일에 청구됩니다. 원하는 결제방식(신용카드, 개인 수표나 현금)을 가져 오십시오. 의사 진료비 및/또는 병리검사료는 별도로 청구되며 보험 청구 처리한 후 환자에게 보냅니다.

☆ 시술 시설에서 소요되는 예상 시간은 2-3시간입니다.

★ 앞의 환자로 인한 예기치 못한 지연이 있을 수 있으니 유의하시기 바랍니다.

□ 합병증이 발생하면 추가관찰을 위해 병원에 입원해야 할 수 있습니다. 합병증은 출혈, 천공, 마취부작용이 포함될 수 있습니다.

☆ 감기, 발열, 기침, 콧물 등의 증상이 있으면 **(808)888-0967**로 전화해서 시술예약을 다시 잡으세요.

대장세척 팁:

1. 메스꺼움을 줄이기 위해 빨대로 용액을 마시세요.
2. 메스꺼움이나 구토가 생기면 30분 정도 휴식을 취한 후 다시 용액을 마십니다.
3. 대변을 모두 배출하기까지는 2-4시간 이상 걸리며 경련이 일어날 수 있습니다.
4. 항문 주위가 헐거나 일시적 치질 염증이 생길 수 있습니다. 약국에서 처방전 없이 살 수 있는 하이드로코티존(hydrocortisone cream), 유아용 물티슈, 바세린이나 TUCKS 패드 등의 일반 의약품으로 불편감을 줄일 수 있습니다. 알콜이 함유된 제품은 피하세요.

의약품 목록:

(*아래 양식을 작성 후 시술을 받는 당일에 시술센터로 가지고 오십시오*)

작성자: _____ 환자 본인 _____ 가족 _____ 기타

알레르기	반응	알레르기	반응

복용약 이름	용량	횟수	복용방법	사용 목적	최근 복용일
(example) Aspirin (예시) 아스피린	81mg 81그램	Once a day 하루 한 번	Oral 구강	Blood thinner 항혈액응고제	5am today 오늘 아침5시
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					