

IDENTIFICACIÓN

Núm. Hª: .....

Nombre y Apellidos: .....

Teléfono.: ..... Habitación .....

SERVICIO DE NEUMOLOGÍA  
UNIDAD DE TÉCNICAS NEUMOLÓGICAS

PREPARACIÓN DEL PACIENTE  
CITACIÓN

Técnica solicitada:

.....

CITACIÓN

DÍA MES AÑO

--	--	--

ALAS .....HORAS

PREPARACIÓN Y RECOMENDACIONES PREVIAS

- Ayunas** de 6 horas previas a la prueba **para líquidos y sólidos**.
- Si toma **Antiagregantes** (AAS 300 mg., clopidogrel, Cilostazol, trifusal, etc.) suspenderla 7 días antes de la prueba.
- Si toma **Sintrom**, suspenderlo 3 días antes de la prueba y hacer INR la mañana de la prueba.
- Si realiza tratamiento con **HBPM**, suspenderla 12 horas antes  si es profiláctica o 24 horas antes  si es terapéutica.
- Si está en tratamiento con **heparina sódica**, suspenderla 6 horas antes de la prueba.
- Si toma otros AINEs, suspenderlos 7 días antes de la prueba.
- Se recomienda que el paciente acuda **acompañado** por un familiar.
- Otras recomendaciones: .....

.....

**ES IMPRESCINDIBLE ACUDIR CON:**

- HISTORIA CLÍNICA
- TRATAMIENTO ACTUAL