

RET CAM

1. Al solicitar la cita, debe informar si recibe alguno de estos medicamentos para recibir indicaciones de su consumo:

- | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|
| • Asa | • Warfarina | • Heparina | • Ticlopidina |
| • Asawin | • Coumadin | • Clexane | • Clopidogrel |
| • Aspirina | • Dipyridamol | • Fraxiparine | • Plavix |
| • Ecotrin | • Persantil | • Liquevine | • Iscover |
| • Pentoxifilina | • Trental | | • Ticlid |

En caso de que usted reciba Ácido Acetil Salicílico (ASA, ASAWIN, CARDIOASPIRINA) o Clopidogrel (PLAVIX, ISCOVER), deberá suspender estos medicamentos únicamente el día del procedimiento.

Si es mujer y tiene sospecha de estar en embarazo debe informar al momento de solicitar su cita

2. Para el día del examen:

- Dejar en AYUNO 6 horas antes de la hora programada para el procedimiento.
- Retirar el esmalte de uñas
- Llegar al servicio de Angiografía MEDIA HORA ANTES de la hora programada para el procedimiento.
- Continuar con los medicamentos habituales (incluso si recibe antihipertensivos), según indicación médica
- Debe asistir con un acompañante MAYOR DE EDAD

3. El día del procedimiento, Usted debe traer:

- Historia Clínica
- Carné de EPS y Documento de Identidad (original)
- Resonancia Magnética, Tomografía SOLO SI TIENE LOS TIENE
- Listado de medicamentos que recibe habitualmente

Si no puede cumplir su cita o desea cambiarla, por favor informar con anticipación a los siguientes teléfonos:

6821000 Ext: 21201- 21202

citas.angiografia@imbanaco.com.co