



## **Preparing for your Colonoscopy with Meroken**

You have been referred for a colonoscopy, a procedure for evaluating diseases of the colon or as a screening test, proven to reduce the risk of developing colon cancer by identifying and removing precancerous polyps. The quality and success of the test depends on the quality of the preceding bowel preparation, needed to clean the colon and allow for careful inspection of the colon.

1. Bring any medical documents relevant to the exam, and your referral with you to the procedure
2. Consult with your treating physician regarding stopping blood thinners (eg: aspirin/cartia/microporin, Coumadin, Plavix, etc).
3. Diabetics should consult with their physician regarding the use of sugar lowering medications prior to the test
4. Bring a photo ID card, referral and Kuppa financial obligation (*hitchayvut*) for the exam
5. Meroken is usually given to people with kidney disease. Consult with your physician regarding preparation choice.

**You must arrive, with an escort, 15 minutes before the test time.**

**Driving a car/motorcycle after an exam with sedation is forbidden.**

**Arrival for an exam performed under sedation with a firearm is strictly forbidden.**

### **If your test is scheduled before 3PM:**

#### **The day before the test:**

**NO** high fiber foods, such as seeds, fruits, vegetables, whole grains etc.

**Until 10 am :** you may have low fiber food such as white bread, eggs, dairy, fish, chicken, white rice, clear soup.

**After 10 am- NO SOLID FOOD**, until after the exam; you should drink plenty of fluid in the course of the day, including clear soup, instant coffee, tea and any other clear liquids **until 2 hours before the exam.**

**At 4pm** – take 2 Laxadin pills

**At 6PM** – dissolve the powder in the bottle by adding 3 L cold water to the Meroken bottle and begin drinking **HALF (1.5L)** of the Meroken bottle. You may add flavoring to the solution. You should drink 1 cup every 15 minutes and finish 1.5 L within 2 hours.

**The day of the test: 4-5 hours before the test**, begin drinking the remaining half of the Meroken bottle, in a similar fashion as the first.

Despite the inconvenience, taking the second dose at the proper time is important for adequate prep.

**You may drink clear soup, instant coffee, tea and any other clear liquids until 2 hours before the exam.**

**If your test is scheduled after 3PM:**

The entire day prior- low fiber diet such as white bread, eggs, dairy, fish, chicken, white rice, clear soup.

**On the day of the exam:**

**At 6am,** take 2 Laxadin pills.

**At 7am,** dilute the powder in 3 L of cold water and begin drinking the entire Meroken bottle. You should drink 1 cup every 15 minutes and finish 3 L within 4 hours.

**You may not eat until after the exam, but you may drink clear soup, instant coffee, tea and any other clear liquids until 2 hours before the exam.**

These instructions are general guidelines and do not replace speaking with a doctor. Seek medical attention if you develop severe abdominal pain, vomiting, headache, confusion or any worrisome symptom. This page is intended as general directions but does not replace consulting your physician about your particular case.



## טופס הסכמה לאנדוסקופיה של מערכת העיכול

האנדוסקופ הוא צינור גמיש שבתוכו מצויים סיבים אופטיים ומצלמת וידאו, דרכם ניתן לראות, ותעלות דרכן ניתן להעביר מכשירים לצורך לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר.

אורכו של האנדוסקופ נע בין 1.20 ל-1.80 מטר, קוטרו כ- 1.0 ס"מ וניתן בעזרתו לבדוק את מערכת העיכול העליונה והתחתונה. לפני הבדיקה מקבל הנבדק, בדרך כלל, תרופות הרדמה ו/או טשטוש/או אלחוש מקומי, על מנת להפחית את תחושת אי הנחות שבבדיקה, לפיכך לבדיקה תחת טשטוש אסורה הגעה עם נשק וכמו כן אסורה נהיגה בכלי רכב לאחריה.

כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול העליונות (אזופגוסקופיה, גסטרוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך הפה. כאשר מדובר בבדיקה של דרכי העיכול התחתונות (סיגמואידוסקופיה, קולונוסקופיה) מוחדר האנדוסקופ דרך פי הטבעת. בהמשך מוחדרים דרכו מכשירים בהתאם לפעולות הנדרשות. משך הבדיקה נע בדרך כלל, בין 15 דקות לשעה. במשך הבדיקה או לאחריה עלולה להיווצר הרגשה של אי נוחות ונפיחות בבטן. יכול הדיוק באבחון נגעים בבדיקה תלוי באיכות ההכנה לבדיקה ובמבנה המעי וידוע כי ישנם נגעים אשר אינם מאובחנים גם לאחר בדיקה אנדוסקופית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

### שם פרטי ומשפחה

על הצורך בביצוע (רופא-נא לסמן) קולונוסקופיה / גסטרוסקופיה / סיגמואידוסקופיה האבחונית ו/או טיפולית לרבות לקיחת ביופסיות, כריתת פוליפים, צריבת נקודות או אזורי דם, טיפול בדליות והוצאת גוף זר, טיפול אחר \_\_\_\_\_ (להלן "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי קיומן של חלופות אבחנותיות ו/או טיפוליות אחרות, יתרון, חסרון, תופעות הלוואי שלהן והסיכונים האפשריים.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות בגרון (באנדוסקופיה של מערכת עיכול עליונה) ותחושה של נפיחות בבטן.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום או קרע/התנקבות של דופן המעי או חלק אחר של מערכת העיכול. סיכונים אלה אינם שכיחים, אולם הם עלולים לגרום, בחלק מהמקרים לאשפוז ולטיפולים נוספים ואף לתיקון ניתוחי. בבדיקת דרכי העיכול העליונות עלול להיגרם נזק לשיניים עקב החדרת האנדוסקופ דרך הפה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך ביצוע הטיפול העיקרי או מיד לאחריו כתוצאה מהתנקבות או דימום משמעותי יתברר שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני ואני מסכים/ה גם לביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניות או דרושות כאמור.

הסכמתי ניתנת בזאת גם למתן תרופות הרדמה ו/או טשטוש ו/או אלחוש מקומי, לאחר שהוסבר לי השימוש בתרופות האלה עלולים לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר המאלחש.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר מפורט על הטיפול, הבנתי אותו וניתנו לי תשובות על שאלותיי לשביעות רצוני המלאה.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל/נבדק \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס/למתרגם של החולה (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני ולאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם רופא/(חותמת) \_\_\_\_\_ חתימת רופא \_\_\_\_\_ תאריך ושעה \_\_\_\_\_

Place for patient label



## Consent Form for Gastrointestinal Endoscopy

An endoscope is a flexible tube containing optic fibers and a video camera that enable visualization, and instrument channels through which devices can be passed for the collection of biopsies, resection of polyps, cauterization of bleeding points, treatment of varicose veins, and the removal of foreign objects.

The length of the endoscope ranges from 1.20 to 1.80 meters, its diameter is 1.0 cm, and it can be used to examine the upper and lower gastrointestinal tract. Before the examination, the patient usually receives anesthetics and/or sedatives and/or local anesthesia in order to reduce the discomfort associated with the examination; therefore, it is prohibited to arrive with weapons for examinations performed under sedation, and it is prohibited to drive after the examination.

For examination of the upper gastrointestinal tract (esophagoscopy, gastroscopy), the endoscope is inserted through the mouth. For examination of the lower gastrointestinal tract (sigmoidoscopy, colonoscopy), the endoscope is inserted through the anus. Subsequently, the appropriate devices are inserted through the endoscope, in accordance with the procedures required. The duration of the examination usually ranges from 15 minutes to an hour. During the examination, or after it, there may be a feeling of abdominal bloating and discomfort. The accuracy of the diagnosis of lesions depends on the quality of the preparation for the examination and on the intestinal structure, and it is known that there are lesions that are not diagnosed even after an endoscopic examination.

I hereby declare and confirm that I have received a detailed oral explanation from Dr.:

**first and last name** \_\_\_\_\_

regarding the necessity of performing (Doctor – please indicate) the diagnostic and/or therapeutic colonoscopy / gastroscopy / sigmoidoscopy, including the collection of biopsies, resection of polyps, cauterization of points or areas of bleeding, treatment of varicose veins and removal of a foreign object, other treatment \_\_\_\_\_ (hereinafter "the main treatment").

The existence of other, alternative diagnostic and/or therapeutic procedures has been explained to me, as well as their advantages, disadvantages, side effects and possible complications.

The side effects of the main treatment have been explained to me, including pain, discomfort in the throat (upon endoscopy of the upper gastrointestinal tract), and a sensation of bloating in the abdomen.

In addition, the possible complications have been explained to me, including: bleeding, or a tear in / puncture of the gastrointestinal wall or another part of the gastrointestinal system. These complications are not common, but they may in some cases result in hospitalization and additional treatments, and even surgical repair. Upon examination of the upper gastrointestinal tract, damage to the teeth may be caused by insertion of the endoscope via the mouth.

I hereby declare and confirm that it has been explained to me, and I understand, that there is a possibility that during the course of the main treatment or immediately after it, as the result of a puncture or significant hemorrhage, it may become clear that it is necessary to perform other or additional procedures, including life-saving surgical procedures or surgical procedures for the prevention of physical harm; and I also consent to the performance of other or additional procedures, including surgical procedures that the institute's physicians will consider crucial or required, as noted.

My consent is hereby also provided for the administration of anesthetics and/or sedatives and/or local anesthesia, after it has been explained to me that the use of these medications may, in rare cases, cause respiratory disorders and functional heart disorders, primarily in cardiac patients and patients suffering from respiratory diseases; and the possible risk of an allergic reaction of varying degrees to the sedative substance.

I am aware of, and consent to the fact, that the main treatment and all of the main procedures will be performed by whoever will be assigned to do so, in accordance with the procedures and regulations of the Medical Center; and that I have received no assurances that they will be performed, all or in part, by any specific person, provided they will be performed with the accepted degree of responsibility and in accordance with the law.

I hereby declare and confirm that I have been given a detailed explanation about the treatment, I have understood it, and answers to my questions have been provided to my complete satisfaction.

**Date** \_\_\_\_\_ **Time** \_\_\_\_\_ **Signature of Patient / Examinee** \_\_\_\_\_

Guardian's name (relationship to the patient) \_\_\_\_\_

Guardian's signature (in the case of an individual who is incompetent, a minor, or mentally ill) \_\_\_\_\_

I confirm that I have orally explained all of the information noted above, in the required detail, to the patient / to the patient's guardian / to the patient's interpreter (please circle), and that he/she signed this consent in my presence, and after I was convinced that he/she understood my explanations in full.

**Physician's name/(stamp)** \_\_\_\_\_ **Physician's signature** \_\_\_\_\_

**Date and time** \_\_\_\_\_