

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE
TELEFONE – (62) 3269-8502

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE A SER SUBMETIDO A EXAME ARTERIOGRAFIA CEREBRAL

NOME DO PACIENTE: _____

Data: _____ HORA: _____ : _____

- 1- Tomar banho pela manhã usar roupa leve e confortável;
- 2- Tomar os remédios pela manhã ate as 6:00h (com um pouco de água) e trazer os nomes dos mesmos;
- 3- Jejum a partir das 24:00h do dia anterior;
- 4- Trazer exames se tiver feito (eletrocardiograma, ecodoppler, teste ergométrico, exames do risco cirúrgico. Obs.: se não tiver não é necessário fazer);**
- 5- Te o paciente tiver feito cirurgia cardíaca trazer o relatório da cirurgia;**
- 6- Comparecer ao serviço de hemodinâmica no 2º andar;
- 7- Se não puder comparecer comunicar no 3269-8354;
- 8- O paciente após o exame, ficará internado e terá alta no dia seguinte;
- 9- Trazer Xerox da identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de endereço, se não tiver trazido;
- 10- Se o paciente for diabético e fizer uso do medicamento **metiformina suspender 48 hantes do exame;**
- 11- Se o paciente fizer uso de **warfarina sódica (marevan) ou marcomar procurar o médico que solicitou o exame para que possa suspender o uso do mesmo, 7 dias antes do exame.** Não suspender por conta própria;
- 12- Vir de carro próprio ou ambulância. e com acompanhante;
- 13- Atenção- o exame só será realizado de houver vaga em enfermaria.

obs.: exames só será realizados : se houver vaga em enfermaria –arteriografia /UTI - angioplastia