

Dans le but de favoriser l'accessibilité aux examens, nous vous demandons de nous aviser 5 jours à l'avance si vous devez changer ou annuler votre rendez-vous au numéro (450) 654-7525 poste \_\_\_\_\_.

Ceci permettra à une autre personne d'avoir son examen. Après 2 annulations, vous serez retiré de la liste d'attente. Il sera nécessaire de revoir le médecin afin de réévaluer le besoin de l'examen endoscopique.

## RENDEZ-VOUS POUR VOTRE COLOSCOPIE

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

N° de tél. (patient) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hôpital Pierre-Le Gardeur  
au 2<sup>e</sup> étage, bloc B, Accueil en endoscopie  
911, montée des Pionniers,  
Terrebonne (Québec)



## À LIRE AVANT LA COLOSCOPIE

### Qu'est-ce qu'une coloscopie?

- ➔ Une coloscopie est une intervention permettant au médecin d'examiner la paroi du côlon (gros intestin) pour y déceler des ulcères, de l'inflammation, des polypes (petites tumeurs habituellement bénignes) ou un cancer.
- ➔ Elle est habituellement utilisée pour faire l'investigation des symptômes tels que les douleurs abdominales, le saignement rectal, la perte de poids, l'anémie ou la modification de la fréquence des selles.

### Que se passe-t-il durant l'examen?

- ➔ Le coloscope est un tube flexible de la grosseur d'un doigt, muni d'une caméra. Il est introduit par l'anus puis il est avancé graduellement dans tout le côlon jusqu'au caecum.
- ➔ Afin de bien visualiser toutes les parois du côlon, du CO<sub>2</sub> doit être introduit dans l'intestin, ce qui peut causer des crampes ou une sensation de ballonnement pendant l'examen.
- ➔ Afin de diminuer l'inconfort relié à la procédure, des médicaments intraveineux seront injectés pour vous aider à relaxer et vous rendre somnolent. L'examen dure environ 20 minutes.

### Que se passera-t-il après l'examen?

- ➔ Après l'examen, vous resterez sous observation jusqu'à ce que les effets des médicaments soient presque disparus (environ 45 minutes).

### Quelles sont les complications possibles?

- ➔ La coloscopie est une intervention sécuritaire et elle n'est accompagnée que de très faibles risques lorsqu'elle est effectuée par des médecins qualifiés. Il y a toutefois certaines complications possibles :
- ➔ La perforation (ou déchirure) de la paroi du côlon pendant une coloscopie survient environ 1 fois sur 1500. Après l'excision d'un polype, le risque est de 1 fois sur 500. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire à la réparation d'une perforation, mais celle-ci peut aussi être traitée par l'administration d'antibiotiques et de liquides intraveineux.
- ➔ Le saignement suivant une coloscopie survient chez 1 personne sur 2000. Ce risque augmente à 1 personne sur 500 suite à l'excision d'un polype. Les saignements sont habituellement contrôlés durant l'endoscopie.
- ➔ En médecine, aucun examen n'est parfait; il arrive, rarement, que certains polypes ou cancers ne soient pas détectés.

## MÉDICAMENTS

Prendre vos médicaments habituels le jour de l'examen, sauf pour les médicaments suivants (à moins d'avis contraire de votre médecin) :

- ➔ Il n'est pas nécessaire de cesser l'aspirine et l'anti-inflammatoire (non stéroïdien) ex : Advil<sup>®</sup>, Naproxen<sup>®</sup>, Célébrex<sup>®</sup>.
- ➔ Il est important d'arrêter le fer 5 jours avant votre examen.
- ➔ Si vous prenez un anti-plaquettaire ou un anti-coagulant (médicaments qui éclaircissent le sang), vous recevrez des instructions qui vous seront fournies au préalable.

## MÉDICAMENTS Instructions pour personnes diabétiques

Pour tous vos médicaments visant à contrôler le diabète (comprimés ou insuline), veuillez suivre les directives suivantes :

- La veille de l'examen : prenez-les normalement;
- Le matin de l'examen (peu importe l'heure de votre examen) :
  - **ne prenez pas** vos antidiabétiques oraux.
  - **ne prenez pas** d'insuline rapide ou pré-mélangée.
  - prenez la moitié de la dose habituelle des insuline lentes.
- Si besoin, consultez le médecin qui suit votre diabète pour plus d'informations.
- Il serait important de contrôler votre glycémie le matin de votre examen. Contrôlez votre taux de sucre régulièrement si vous possédez un glucomètre et assurez-vous de boire du jus régulièrement (jusqu'à 4 heures avant votre examen), pour prévenir une baisse de votre taux de sucre. Favorisez les jus naturels sans pulpe.
- Hypoglycémie (baisse du taux de sucre sanguin) : si vous pensez faire une hypoglycémie (faiblesse, faim intense, transpiration, tremblements, taux de sucre en bas de 4), vous pouvez prendre 1 cuillère à table de sucre concentré (miel, sirop, bonbon) même dans la période où vous devez être à jeun.



Votre examen nécessite une médication, vous ne pouvez donc pas conduire votre véhicule jusqu'au lendemain matin. Pour cette raison, il est nécessaire d'être accompagné le jour de l'examen.

### Quoi apporter le jour de l'examen?

- Carte d'assurance maladie
- Pantoufles et robe de chambre
- Liste complète de tous vos médicaments fournie par votre pharmacien
- Laissez vos bijoux, piercings, objets de valeurs à la maison
- Aucun maquillage ni vernis à ongles le jour de l'examen

## Diète spéciale à suivre

Pour que votre examen soit de bonne qualité, une diète spéciale et une préparation laxative doivent être suivies à la lettre. Voici en détail la diète à suivre :

Dans les 3 jours précédant l'examen, diète pauvre en fibres :



✗ **ÉVITER LES ALIMENTS SUIVANTS** : raisins, noix ou grains, produits multigrains (ex. : biscuits, pains, céréales de grains entiers / riz brun / pâte de blé entier, etc.), les fruits avec des pépins (ex. : kiwis, tomates, fraises, framboises, etc.) et les légumineuses (ex. : fèves et haricots secs, lentilles, pois secs, etc.)

La veille de l'examen, uniquement les liquides clairs suivants sont permis à volonté durant toute la journée, jusqu'à minuit :



- ✓ De l'eau ou de la glace;
- ✓ Des jus clairs, sans pulpe, de pomme ou de raisin blanc, de la limonade, du Jell-O (sauf le rouge et le mauve);
- ✓ Des consommés ou bouillons de bœuf ou de poulet (sans nouilles ou légumes, ni résidus solides);
- ✓ De la tisane, du thé, du café (sans crème ni lait ou succédané de lait);
- ✓ Des boissons énergétiques de style Gatorade (sauf le rouge et le mauve), des boissons gazeuses claires (Sprite, 7-up, Ginger-Ale);
- ✓ Aucun aliment solide permis.

**SEULEMENT POUR LES PATIENTS AYANT ÉGALEMENT UNE GASTROSCOPIE LE MÊME JOUR**  
Le jour de l'examen, être à jeun complètement après avoir pris votre 2<sup>e</sup> litre de solution.  
Ne pas prendre aucun autre liquide.

## Le jour précédent la coloscopie



### LE MATIN

Préparez la solution de PEG et d'électrolytes comme suit :

- Versez le contenu de 1 sachet complet dans 1 litre d'eau (32 onces);
- Agitez 2 à 3 minutes jusqu'à ce que la solution devienne claire.

Répétez les étapes a) et b) avec le deuxième sachet.

Réfrigérez les 2 solutions afin d'améliorer le goût.



### L'APRÈS-MIDI

Prenez les 3 comprimés de bisacodyl avec de l'eau vers 15 heures.

Ne mastiquez pas et n'écrasez pas les comprimés. Aucun antiacide n'est permis dans l'heure suivant la prise de comprimés de bisacodyl.



### LE SOIR

Vers 19 heures : buvez rapidement 1 verre de la première solution (environ 250 ml) à tous les 10 minutes, jusqu'à ce que vous ayez ingurgité le litre de solution (4 verres en tout).



Cochez chaque verre après la consommation

## Le jour de la coloscopie



**Aucun aliment solide ni de lait** ne devrait être pris le jour de la coloscopie



**Liquide clairs permis** jusqu'à 2 heures avant votre rendez-vous

4 heures avant votre rendez-vous, buvez rapidement 1 verre de la deuxième solution de PEG et d'électrolytes (environ 250 ml) à tous les 10 minutes jusqu'à ce que vous ayez ingurgité le litre de solution (4 verres en tout).



Cochez chaque verre après la consommation

### Précautions

- Des ballonnements ou une distension abdominale peuvent survenir avant l'évacuation des premières selles. Si la distension abdominale ou l'inconfort persiste, cessez de boire temporairement la solution de PEG et d'électrolytes ou buvez chaque portion de 250 ml à des intervalles plus longs (plus de 10 minutes) jusqu'à la disparition des symptômes.
- Si vous éprouvez des nausées, il est permis de prendre un comprimé de Graval® (comprimé de Dimenhhydrinate).




---

---

---

---

---

---

---

---

## ÉVALUATION INTERVENTION ENDOSCOPIQUE COLLECTE DE DONNÉES

**IMPORTANT : VEUILLEZ COMPLÉTER CE FORMULAIRE ET L'AVOIR EN MAIN LE JOUR DE L'EXAMEN**

1. Quel est le nom de votre accompagnateur le jour de l'examen? _____ Lien : _____			
2. Indiquez votre taille _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pieds	3. Indiquez votre poids : _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb		
4. Quel âge avez-vous? _____		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
5. Avez-vous des allergies médicamenteuses ou des intolérances? Si oui, précisez :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Souffrez-vous de glaucome (pression dans les yeux)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous de problèmes pulmonaires? Si oui précisez : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Autre : _____ Prenez-vous des inhalateurs (pompes)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Souffrez-vous d'apnée du sommeil? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, utilisez-vous un appareil nocturne (CPAP) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Réservé à l'infirmière</b> <b>Dernière dose :</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous de problèmes cardiaques? Si oui précisez : <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Stimulateur (pacemaker) défibrillateur <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Problème de valve cardiaque <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous des problèmes de reins? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous des problèmes de foie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	12. Allaitiez-vous? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Êtes-vous diabétique? Insulinodépendant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Antidiabétiques oraux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Réservé à l'infirmière</b>	Glycémie capillaire maison _____ mmol/L	Dernière dose : _____	
14. Consommez-vous de l'alcool, de la drogue ou du tabac? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Alcool-occasionnel <input type="checkbox"/> Drogue-occasionnel <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool-régulier <input type="checkbox"/> Drogue-régulier		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous actuellement un des éléments ci-dessous? Si oui, précisez lequel : <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Bijoux ou perçage corporel <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Objet métallique (enclouage, plaque, vis, etc.) <i>* L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition des effets personnels.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Prenez-vous des anticoagulants/antiplaquettaires (médicaments contre les caillots ou qui éclaircissent le sang)? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Eliquis® <input type="checkbox"/> Brilinta® <input type="checkbox"/> Sintron® <input type="checkbox"/> Plavix® <input type="checkbox"/> Xarelto® <input type="checkbox"/> Coumadin® <input type="checkbox"/> Fragmin® dernière dose : _____ <input type="checkbox"/> Pradaxa® <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Réservé à l'infirmière</b> <b>Dernière dose</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Prenez-vous des médicaments contre la douleur? Si oui, précisez : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Utilisez-vous une aide technique? <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Difficulté à se déplacer <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous fait une chute dans la dernière année?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous subi une chirurgie abdominale?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Souffrez-vous d'un traumatisme crânien (moins d'un mois)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Autre problème de santé : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vous sentez-vous anxieux face à l'examen? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pour toutes questions concernant ce formulaire, adressez-vous à l'infirmière le jour de l'examen**

( )