



ESOFAGOGRAMA

ESOFAGOGRAMA bidez esofagoaren azterketa funtzionala eta morfologikoa egiten da.

Digestio-hodiaren egoera aztertu ahal izateko, X izpiekiko opakua den substantzia batez bete beharra dago; beraz bario-ahi bat hartu behar da.

Miaketa laburra da eta ez da mingarria. Erradiologoak emandako jarraibideak bete beharko dituzu uneoro. Mikrofono bidez egiten da komunikazioa.

GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK

- EZ DA PROBA EGIN BEHAR HAURDUN EGONEZ GERO, edo HORREN SUSMORIK EDUKIZ GERO, erradiazio ionizatzailea erabiltzen delako.

PAZIENTEA PRESTATZEA

- BARAURIK bertaratu behar zara, aurreko gauek aurrera ezer hartu gabe.
- MEDIKAZIOA hartu behar izanez gero, UR APUR BATEKIN har dezakezu.
- DIABETIKOA bazara, Harrerako Zerbitzuan eskatu behar duzu ZITA GOIZEKO LEHEN ORDUAN izatea, azterketa egin ostean ohiko ohiturei eta medikazioari ekiteko.
- OSPITALERATUTA bazaude, zure probarako ZAINKETEZ ARDURATZEN DIREN KIDEEK prestatuko zaituzte probarako.

BEREN BEREGI EMANDAKO BAIMENA

Ez da beharrezkoa baimen Informatua ematea.

El ESOFAGOGRAMA estudia funcional y morfológicamente el esófago.

Para poder valorar el tubo digestivo, por norma, hay que rellenarlo con una sustancia opaca a los Rayos X, por lo que tendrá que beber una papilla de bario.

La exploración es corta y no es molesta. Tendrá que seguir las instrucciones del radiólogo en cada momento. Esta comunicación se realizará mediante un micrófono.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Como en toda exploración que emplea radiación ionizante, **NO DEBERÁ SOMETERSE A ELLA SI ESTÁ EMBARAZADA O SUPONE ESTARLO.**

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Deberá acudir *EN AYUNAS* desde la noche anterior.
- Si tuviera que tomar **MEDICACIÓN** lo hará con **UN POCO DE AGUA.**
- SI ES Ud. **DIABÉTICO**, solicitará en el Servicio de Admisión que **LA CITA SEA A PRIMERA HORA DE LA MAÑANA**, para poder continuar, después de la realización de la misma, con sus hábitos y medicación habitual.
- En el caso que Ud. se encuentre **INGRESADO** en el Hospital, la preparación para la prueba la realizará el **PERSONAL RESPONSABLE DE SUS CUIDADOS.**

AUTORIZACIÓN EXPRESA

No es necesaria la entrega del *Consentimiento Informado*