



Cuestionario de preparación para biopsias hepáticas

¿Has tenido algún efecto secundario con los siguientes medicamentos? Si es así, por favor explícalo.

- Tylenol (Paracetamol) NO SÍ _____
- Norco ((Hidrocodona/APAP) NO SÍ _____
- Tylenol #3 (APAP/ Codeína) NO SÍ _____
- Ultram (Tramadol) NO SÍ _____
- Ativan (Lorazepam) NO SÍ _____
- Phenergan (prometazina) NO SÍ _____
- Zofran (Ondansetron) NO SÍ _____
- Benadryl (Difenhidramina) NO SÍ _____
- Narcan (Naloxona) NO SÍ _____
- Romazicón (Flumazenil) NO SÍ _____
- Lidocaína NO SÍ _____

¿Tienes algún dolor abdominal en el momento?

NO SÍ Si es así, por favor explícalo: _____

¿Tienes algún dolor crónico existente, como artritis o neuropatía?

NO SÍ Si es así, por favor explícalo: _____

¿Tienes algún contrato con un médico especializado en el manejo del dolor?

NO SÍ Si es así, por favor explícalo: _____

¿Ves a un cardiólogo?

NO SÍ Si es así, quien es tu cardiologo: _____

Por favor, enumera cualquier dispositivo médico o implante que tengas, como una bomba de dolor o un estimulador espinal?

N/A SÍ Si es así, por favor explícalo: _____

Firma del paciente

Fecha

FOR PROVIDER USE ONLY:

Baseline Vitals **BP:** _____ **HR:** _____ **O₂%:** _____

Does the patient require medical clearance to stop aspirin or any blood thinners?

NO YES If yes, please explain: _____

Does the patient have any disabilities that require a guardian to be present during the consent process and procedure?

NO YES If yes, please explain: _____

Is this patient an ideal candidate for an in-house liver biopsy based on the answers above?

NO YES

Provider Signature

Date