

ЛИСТ САМОКОНТРОЛЯ

при подготовке к колоноскопии препаратом Фортранс®

Дата колоноскопии: _____

Время начала исследования: _____ : _____

ОСНОВНЫЕ ШАГИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ

Отметьте плановую
дату и время
(где указано)

Отметьте
 сделано/
 не сделано

ПИТАНИЕ¹



За 3–5 дней до исследования/ за 7–10 дней при наличии хронического запора (стул реже 3 раз в неделю) **начать соблюдение специальной диеты, исключающей наличие твердых остатков пищи в кишечнике:**

Дата: _____

✔ МОЖНО УПОТРЕБЛЯТЬ:

- Белый хлеб, рис, макароны
- Отварное мясо, рыбу, птицу
- Картофель без кожуры (вареный)
- Прозрачные бульоны, чай, воду, прозрачные соки и морсы

✘ НЕЛЬЗЯ УПОТРЕБЛЯТЬ:

- Фрукты, овощи, ягоды
- Бобовые, орехи, семечки
- Цельнозерновой хлеб, каши
- Йогурты с добавками, соусы



При хроническом запоре (стул < 3 раз в неделю) за 7–10 дней до колоноскопии может быть назначен прием слабительного препарата. Например, Форлакс® 10 гр. — 1–2 пакетика в день до нормализации частоты стула²

Дата: _____



За 18 часов до исследования прекратить приём твердой пищи

Дата: _____

Время: _____ : _____



За 18 часов до исследования перейти на жидкую диету (прозрачные жидкости — вода, чай или кофе (без молока или немолочных сливок), негазированные безалкогольные напитки, осветленные фруктовые соки (без мякоти, не красные и не фиолетовые), бульоны или процеженные от твердых ингредиентов супы. Не употребляйте молочные и алкогольные напитки)

Дата: _____

Время: _____ : _____



За 2–4 часа до колоноскопии прекратить прием всех жидкостей (если врач не указал другой интервал для прекращения приема до начала исследования)

Дата: _____

Время: _____ : _____

ПРЕПАРАТ ФОРТРАНС® ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА²



Ознакомьтесь с содержимым упаковки приобретенного препарата

Фортранс®: 4 пакетика с порошком для приготовления раствора для приема внутрь + листок-вкладыш по применению



Предпочтительно использовать двухэтапную схему приема препарата: первый прием препарата вечером накануне, второй прием — утром в день исследования



Определить время начала приема препарата Фортранс® в зависимости от назначенного времени колоноскопии.



Для определения времени используйте памятку со схемой приема на сайте www.fortrans-info.ru и информацию в листке-вкладыше по применению



1) Первый прием:

Растворить содержимое 2 пакетиков препарата Фортранс® в 2 литрах воды.

Выпить данный объем препарата медленно в течение 2 часов: по 250 мл каждые 10–15 минут.

Дата: _____

Время (1-й прием):

_____ : _____



2) Второй прием:

В указанное в схеме время **растворить содержимое оставшихся 2 пакетиков препарата Фортранс® в 2 литрах воды.**

Выпить данный объем препарата медленно в течение 2 часов: по 250 мл каждые 10–15 минут.

Дата: _____

Время (2-й прием):

_____ : _____

ПРЕПАРАТ МЕТЕОСПАЗМИЛ®
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КИШЕЧНОГО ДИСКОМФОРТА (СПАЗМА, ВЗДУТИЯ) И ПЕНООБРАЗОВАНИЯ³



1) Принять первую капсулу препарата Метеоспазмил®
утром в день накануне исследования

Дата: _____

Время: _____ : _____



2) Принять вторую капсулу препарата Метеоспазмил®
днем в день накануне исследования

Дата: _____

Время: _____ : _____



3) Принять третью капсулу препарата Метеоспазмил®
вечером в день накануне исследования

Дата: _____

Время: _____ : _____



4) Принять четвертую капсулу препарата Метеоспазмил® утром в
день исследования после выпивания всей порции слабительного

Дата: _____

Время: _____ : _____



При наличии после исследования симптомов кишечного дискомфорта (боль, вздутие) можно продолжить прием препарата Метеоспазмил® согласно инструкции по применению.

ЛЕКАРСТВА И АНАЛИЗЫ^{1,4}



Если есть хронические заболевания — до начала подготовки
проконсультироваться с лечащим врачом для коррекции терапии

Дата: _____



Ежедневные препараты (например, сердечные, снижающие
давление) — принимать как обычно



Препараты железа, висмута, сорбенты (например,
активированный уголь, Полисорб®, Энтеросгель®, Полифепан®
и другие) — отменить за 5 дней до исследования

Дата: _____



Препараты для разжижения крови — заранее согласовать
с врачом схему приема⁴



**При процедуре с анестезией — до исследования
пройти назначенные обследования:**

- ЭКГ
- Общий анализ крови
- Коагулограмма

Дата: _____

Дата: _____

Дата: _____

В ДЕНЬ ПРОЦЕДУРЫ



За 2–4 часа до процедуры прекратить прием жидкости
(если врач не назначил другой интервал до начала исследования)

Дата: _____

Время: _____ : _____



Взять с собой:

- Паспорт
- Медицинский полис
- Результаты анализов и предыдущих исследований

ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ



Если была анестезия:

- Не водить машину 24 часа
- Не работать с механизмами
- Заранее договориться о сопровождении



Дополнительная информация
по подготовке на сайте
fortrans-info.ru

НУЖНА КОНСУЛЬТАЦИЯ?

Позвоните на горячую линию

8 800 234 03 99

(круглосуточно, без выходных)

Звонок бесплатный

Источники информации:

- Веселов В. В., Федоров Е. Д., Иванова Е. В., Никифоров П. А. и др. Подготовка пациентов к эндоскопическому исследованию толстой кишки. Клинические рекомендации Российского эндоскопического общества. Издание третье, переработанное и дополненное. М., 2017.
- ЛВ Форлакс®, порошок для приготовления раствора для приема внутрь, 10 г от 21.04.2025. РУ № ЛП-№(009836)-(PF-RU) от 21.04.2025 Форлакс®.
- ЛВ Фортранс®, порошок для приготовления раствора для приема внутрь, от 06.12.2024. РУ ЛП-№(005410)-(PF-RU) от 06.12.2024 Фортранс®.
- ЛВ Метеоспазмил®, капсулы, ЛП-№(006992)-(PF-RU) от 07.04.2025. РУ ЛП-№(006992)-(PF-RU) от 25.09.2024 Метеоспазмил®.
- Вейч А.М., Ванбьервлит Г., Гершлик А.А. и др. "Эндоскопия у пациентов, получающих антиагрегантную или антикоагулянтную терапию, включая прямые пероральные антикоагулянты: рекомендации BSG и ESGE". Эндоскопия. 2021;53(10):1035-1049 (Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, et al. "Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: BSG and ESGE guideline." Endoscopy. 2021;53(10):1035-1049).

Контактная информация: ООО «Майоли Фарма», 109147, Москва, ул. Таганская, д. 17-23. Тел.: +7 (495) 664-83-03. Сайт: www.mayoly.ru.

Для сообщений о нежелательных явлениях/реакциях и жалоб на качество продукта: vorpos@mayoly.com

FOR-RU-003236-022026

MAYOLY
Taking your care to heart

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ