



Patrick G. Tempera, M.D.
Rajesh Dhirmalani, D.O.
Kunal Grover, M.D.
Michael J. Viksjo, M.D.
Prakriti S. Merchant, M.D.

Arun R. Mathew, M.D.
Daniel Bodek, D.O.
Robert I. Greenblatt, M.D.
Guida St. George, PA-C
Tracey Alves, FNP, FNP-C

Flex Sigmoidoscopy or Rectal EUS Instructions

NO ASPIRIN, PLAVIX, OR COUMADIN FOR 7 DAYS PRIOR TO YOUR PROCEDURE

Appointment Date: _____ Time: _____

First Application: _____ Second Application: _____

You will need to purchase 2 Fleet Enemas at the Pharmacy. Approximately two hours before your procedure, you will give yourself the first enema (follow the instructions on the bottle). Then, one hour before your procedure, give yourself the second enema. Shortly after each application you will feel a strong urge to move your bowels. Please stay close to the restroom.

Instrucciones para Sigmoidoscopia o Rectal EUS

NO ASPIRINA, PLAVIX, O COUMADIN 7 DIAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____

Primera aplicacion: _____ Segunda aplicacion: _____

Compra 2 botellas de Fleet Enemas en su farmacia. Aproximadamente dos horas antes de su procedimiento, tiene que ponerse el primer enema (siga los instrucciones de la botella). Una hora antes de su procedimiento tiene que ponerse el segundo enema. Poco tiempo despues de cada aplicacion, vas a sentir un gran necesidad de usar el bano. Por favor, mantengase cerca a los servicios sanitarios.



1308 Morris Avenue, Suite 102
Union, New Jersey 07083
Phone: 908-851-2770 Fax: 908-851-7706