

ESAME CITOLOGICO URINARIO SU TRE CAMPIONI
 (eseguito presso SERVICE BIOS)

- **CONTENITORE:** è necessario utilizzare appositi contenitori sterili a bocca larga, per raccolta urina delle 24 ore, che possono essere acquistati in farmacie e sanitarie.
- **RACCOLTA:** al risveglio urinare e gettare le urine.
- Da quel momento bere ½ litro di acqua o più in 1 ora.
- Raccogliere nell'apposito contenitore tutte le urine che si emettono nel corso di 2 ore.
- Conservare le urine in luogo fresco.
- Consegnare in laboratorio entro 2-4 ore dalla raccolta.
- Per una ricerca citologica accurata si consiglia eseguire l'esame su tre campioni distinti raccolti in 3 giorni successivi. I campioni devono essere consegnati al laboratorio giorno per giorno.
- Ai tre campioni si allega apposito modulo dove il medico fornisce notizie cliniche utili per la diagnosi citologica del paziente

Allegato mod.

REV	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione Modifica documento	Redazione		Approvazione		Validazione	
				Funz.	Firma	Funz.	Firma	Funz.	Firma
3	2019	1	REVISIONE	Rcq		Ruo		ruo	
4	12/11/2022	1	AGGIORNAMENTO GENERALE	RCQ		RUO		RUO	
5	13/10/2023	1	Aggiornamento tipologia contenitore per esame	RCQ		RUO		RUO	

**RICHIESTA ESAME CITOLOGIA
URINARIA**

DS MOD
REV.4 2017

UO: Lab analisi

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI
NASCITA ___ / ___ / ___ / SESSO M F ACCETTAZIONE N° _____

MATERIALE INVIATO: Unico Campione: Più campioni.

1° CAMPIONE _____ DATA DI CONSEGNA ___ / ___ / ___ / N° ARCHIVIAZIONE _____

2° CAMPIONE _____ DATA DI CONSEGNA ___ / ___ / ___ / N° ARCHIVIAZIONE _____

3° CAMPIONE _____ DATA DI CONSEGNA ___ / ___ / ___ / N° ARCHIVIAZIONE _____

FISSAZIONE SI NO

• INTERVENTI CHIRURGICI:

NO SI Quali: _____ Data ___ / ___ / ___ /

- TERAPIA RADIANTI:

NO SI Quali: _____ Data Ultima ___ / ___ / ___ /

- TERAPIA ANTIBLASTICA:

NO SI Quali: _____ Data Ultima ___ / ___ / ___ /

- ALTRE TERAPIE:

NO SI Quali: _____ Data Ultima ___ / ___ / ___ /

NOTIZIE CLINICHE _____

ESAMI CITOLOGICI PRECEDENTI: NO SI

Data Esecuzione ___ / ___ / ___ /

Diagnosi _____

Data Invio Campioni ___ / ___ / ___ /

Firma del Personale Addetto alla Accettazione Campioni Biologici
