

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lecco

**U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA**

# **ISTRUZIONE OPERATIVA**

## **RACCOLTA, CONSERVAZIONE E INVIO DI URINE PER ESAME CITOLOGICO E QUESTIONARIO**



L'esame prevede la raccolta di urine su tre campioni in tre giorni consecutivi, utilizzando l'apposito Kit dedicato.

Il Kit contiene:

- 3 provettoni da utilizzare uno per ciascuno giorno
- l'istruzione d'uso
- le etichette adesive.

Inserire l'urina nel provettone, avvitare bene il tappo e scrivere nome, cognome e data sulle etichette contenute all'interno del kit e apporle sulla parete del provettone.

**NB. Non è necessario il digiuno. Non utilizzare l'urina del primo mattino.**

## CONSERVAZIONE

Conservare il campione a temperatura ambiente, **NON in frigorifero**.

Si raccomanda di **NON** ingerire il liquido contenuto nei provettoni.

## CONSEGNA

Il terzo giorno consegnare il kit con le urine raccolte in tre giorni consecutivi e il questionario compilato, presso gli sportelli di Centri Prelievi, utilizzando ove presente il sistema TU PASSI.

Il ritiro del Kit e la consegna può avvenire presso i seguenti Centri Prelievi:

**LECCO:** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00;

**MERATE:** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00

**CALOLZIOCORTE:** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 10.00

**CENTRI DI PRELIEVO** di Oggiono, Mandello, Bellano, Colico, Introbio, Olginate, Valmadrera, Galbiate, Costa Masnaga negli orari di apertura dei centri prelievi.



## U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

## QUESTIONARIO PER ESAME CTM URINE

(riportare compilato al momento della consegna se si è in difficoltà contattare il medico richiedente)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SESSO M F

CODICE FISCALE   

## MOTIVAZIONE DELL'ESAME

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SANGUE NELLE URINE/CALCOLOSI   | <input type="checkbox"/> CONTROLLO   |
| <input type="checkbox"/> INFEZIONI APPARATO UROGENITALE | <input type="checkbox"/> HO DISTURBI AD URINARE (BRUCIORE, FREQUENTE NECESSITÀ DI URINARE) |

## ASSUNZIONE DI FARMACI

(es. diuretici, chemioterapici sistemici, chemioterapici per terapia locale con istillazioni)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ATTUALMENTE NO | <input type="checkbox"/> IN PRECEDENZA SI, in particolare _____ |
|   | <input type="checkbox"/> ATTUALMENTE SI, in particolare _____   |

## INTERVENTI ALL'APPARATO UROGENITALE

(es. vescica ileale (cistectomia), resezioni transuretrali della vescica o della prostata)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NON HO SUBITO INTERVENTI | <input type="checkbox"/> SI, in particolare _____ |
|---|---|

## PORTATORE DI CATETERE

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
|-----------------------------|-----------------------------|

## ESEGUITI ALTRI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- NO, NON ESEGUITI
- SI, ECOGRAFIA VESCICALE
- SI, CISTOSCOPIA
- SI, TAC ADDOMINO-PELVICA
- SI, \_\_\_\_\_

## PROGRAMMATO PROSSIMO CONTROLLO (VISITA UROLOGICA/CISTOSCOPIA)

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, il giorno ____ / ____ / _____ |
|-----------------------------|--|

LUOGO DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(es. Ospedale di Lecco, Ospedale di Merate, Centro prelievi Oggiono, etc.)