



**IRCCS**

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO **SACRO CUORE – DON CALABRIA**  
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto  
Via Don A. Sempredoni, 5 37024 NEGRAR DI VALPOLICELLA (Verona)

**ANATOMIA PATOLOGICA E BIOLOGIA MOLECOLARE**

Tel. 045.6013415 – Fax 045.6013921 e mail: [anat.patol@sacrocuore.it](mailto:anat.patol@sacrocuore.it)

Direttore: Prof. Giuseppe Zamboni

### CITOLOGIA URINARIA DEI TRE GIORNI PREPARAZIONE E MODALITA' DI RACCOLTA

1. Eliminare l'urina della notte.
2. Bere circa un litro d'acqua a digiuno (Il fine è di stimolare la minzione)
3. Detergere con cura la zona genitale.
4. Raccogliere l'urina in un contenitore sterile e trasferirla nella provetta contenente il liquido conservante, fino al completo riempimento (tacca dei 50 ml.).  
(All'atto della minzione scartare la prima metà dell'urina emessa e raccogliere la seconda metà).
5. Chiudere accuratamente il contenitore.
6. Scrivere il nome, cognome e data di nascita sull'etichetta autoadesiva fornita ed applicarla sul contenitore.

#### **N.B. La raccolta deve essere eseguita per tre mattine consecutive.**

I contenitori e le indicazioni di raccolta per l'esame citologico delle urine si ritirano presso la segreteria del Servizio.

**Conservare** i contenitori **a temperatura ambiente** lontano da fonti di calore, sia prima che dopo la raccolta delle urine.

**ATTENZIONE: il liquido conservante è NOCIVO PER LA SALUTE: se a contatto con gli occhi può provocare gravi irritazioni. TENERE FUORI DALLA PORTATA DI BAMBINI.**

**Il terzo giorno consegnare** i 3 contenitori presso la Segreteria (**non è necessaria la prenotazione**).

**Orario di accettazione:**

- Dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 9.30

Presentarsi **muniti di:**

- a. **Impegnativa del Medico Curante per** "Esame citologico urine per ricerca cellule neoplastiche" Q.TA 3 (codice regionale 91.39.4\_0), completa di tutte le notizie cliniche utili all'esame (interventi precedenti e patologia attuale sospetta).
- b. **Tessera sanitaria / Codice fiscale.**
- c. **Eventuale documentazione** dello specialista richiedente.