

ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA DELLE URINE PER ESAME CITOLOGICO

Informazioni generali

Ritirare il kit per la raccolta delle urine fornito gratuitamente presso lo sportello della **Segreteria di Anatomia Patologica (primo piano BLOCCO F)** aperta al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13.00; tel 02 23902281.

E' necessario raccogliere un campione al giorno per 3 giorni consecutivi nei 3 contenitori con numeri progressivi (1, 2, 3) corrispondenti ai giorni della raccolta.

Etichettare ogni provetta con nome, cognome e data di nascita (con le etichette fornite all'interno della confezione).

Modalità di raccolta da ripetersi per tutti e 3 i giorni

1. Scartare le prime urine del mattino.
2. Si può fare colazione avendo cura di assumere liquidi (almeno 200 cc d'acqua o thè, latte, caffelatte, succhi di frutta, ecc.). Si possono assumere farmaci abituali/antiblastici.
3. Raccogliere le seconde urine in un recipiente pulito (es. bicchiere di plastica) e aggiungere al fissativo presente nel contenitore del kit una quantità di urina fino al riempimento dello stesso.
4. Chiudere bene il contenitore per evitare perdita di liquidi e mantenere la confezione in posizione verticale.

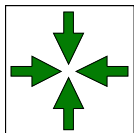
I campioni così raccolti devono essere conservati in luogo fresco (**non in frigorifero**) sino al giorno della consegna, che deve essere effettuata per tutti e tre i campioni nella terza giornata della raccolta o in quella subito successiva, presso la **Segreteria di Anatomia Patologica**.

Avvertenze

-Non bere il liquido e conservarlo fuori dalla portata dei bambini
-Evitare il contatto con gli occhi. In caso di contatto lavare immediatamente e abbondantemente con acqua.

Rev. N. 7 del 25.11.2025

E' vietata la riproduzione con qualsiasi mezzo, compreso la fotocopia, non autorizzata dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano



s.c. Anatomia Patologica 1 (Laboratorio di Citopatologia)
tel 02 23902248

DATI INFORMATIVI DA COMPILARE

Cognome e Nome: _____

☐ **Urine spontanee** ☐ **Urine da sacchetto** ☐ **Urine da catetere**

☐ **Urine da neovescica (cistectomia)** ☐ **Altro**

Per quale motivo effettua questo esame?

☐ Ematuria (sangue nelle urine)

☐ Cistite

☐ Accertamenti

☐ Controllo per patologia oncologica pregressa

☐ Altro: _____

Ha/ ha avuto in precedenza patologie oncologiche?

sì ☐ no ☐

se sì, quale _____

Fumatore?

☐ sì Quante sigarette/al dì: _____

☐ no

☐ ex fumatore Da quanto tempo: _____

Terapie farmacologiche:

Radioterapia ☐ **sì** ☐ **no** quando: _____

Chemioterapia sistemica ☐ **sì** ☐ **no** quando: _____

Terapia locale per istillazioni ☐ **sì** ☐ **no** quando: _____

Dati del medico curante/specialista esterno inviante:

Cognome _____ **Nome** _____

E-mail: _____

Tel. _____

Rev. N. 7 del 25.11.2025

E' vietata la riproduzione con qualsiasi mezzo, compreso la fotocopia, non autorizzata dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano