



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

IMPORTANTE: si ha tenido un cólico renal, ha eliminado un cálculo, le han realizado una litotricia o le han sacado un catéter doble jota, debe esperar UN MES para realizar el estudio.

• SI USTED VA A REALIZAR EL ESTUDIO POR PRIMERA VEZ:

- Es importante mantener su dieta e ingesta de líquidos HABITUALES evitando cambios sustanciales en las mismas.
- Los quince (15) días previos a realizar la recolección de orina para el estudio **no deberá ingerir los siguientes medicamentos:** suplementos de calcio, diuréticos en general, aspirina, vitaminas, allopurinol, citrato de potasio, sales de magnesio. En caso de duda consulte a su médico.

• SI USTED YA HIZO EL ESTUDIO ANTERIORMENTE:

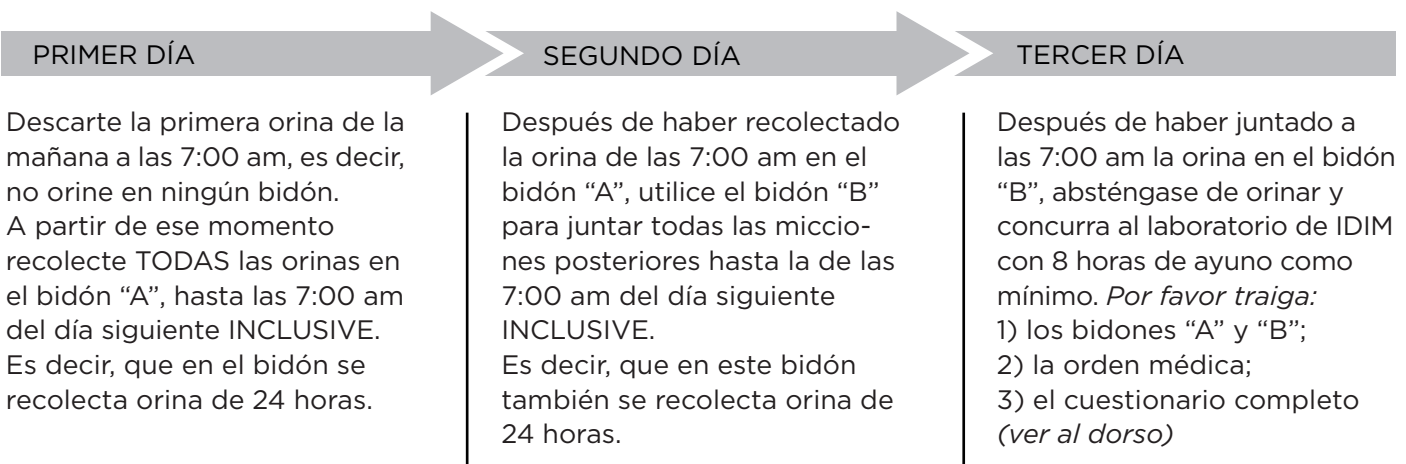
- No suspenda ninguna medicación.

PROCEDIMIENTO (sea la primera vez o las siguientes)

En el IDIM le entregaremos dos bidones especialmente preparados, "A" y "B", que deben permanecer cerrados hasta su utilización. Una vez en uso, deberán conservarse en la heladera o en lugar fresco.

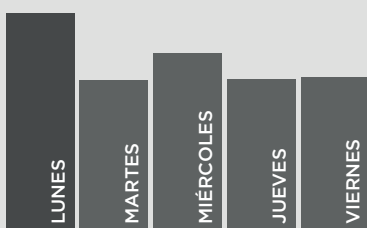
El objetivo es recolectar ORINA generada por los riñones durante 2 periodos de 24 horas. Nuestros riñones producen orina en forma constante y la van enviando a nuestra vejiga. Aquí se almacena. Con cada micción, vaciamos la vejiga de la orina que se generó en las horas previas.

Para la correcta recolección es **IMPORTANTE** que respete los horarios. La hora en la que descarte la primera orina del primer día **DEBE SER** la misma hora en la que se completen los 2 bidones en los días siguientes, para así completar los 2 periodos de 24 hs. Explicamos el procedimiento considerando las **7.00 am** como inicio.



Tenga en cuenta que el tiempo de permanencia en el IDIM puede variar de acuerdo a los resultados iniciales de sus estudios y al criterio profesional.

Recuerde considerar como hora inicial la de la primera orina descartada (7:00 am, según el ejemplo). Si usted se despierta a otro horario, siga el procedimiento cambiando la hora correspondiente, y tenga en cuenta que el Tercer día, luego de la micción debe asistir al IDIM. Si es necesario use el despertador para cumplir el horario. En caso de errores no se podrá realizar el estudio, siendo necesario repetir el procedimiento.



Laboratorio:
cantidad de
pacientes por día



Lea el código QR y acceda a un video con las instrucciones del estudio metabólico de litiasis renal.



CUESTIONARIO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS RENAL

Etiqueta

Nombre y Apellido _____

DNI _____ Tel _____ Edad _____ Sexo _____

Nombre del médico que le solicitó el estudio _____

Marque lo que corresponda

1. ¿Ha presentado cólico renal? **SI - NO** ¿Cuántas veces? _____

2. ¿Ha eliminado cálculos, arenilla o sangre por orina? **SI - NO** ¿Cuántas veces? _____

3. ¿Ha realizado análisis de algún cálculo? **SI - NO** ¿Cuál fue el resultado? _____

4. ¿Fue operado por este motivo, realizó litotricia o algunos de los procedimientos actuales para extraer cálculos? _____

5. El o los cálculos sólo fueron hallazgos radiográficos y/o ecográficos. **SI - NO**

6. ¿Ha presentado infecciones urinarias? **SI - NO** ¿Recuerda el germen? _____

7. Ingiere abundante sal: **SI - NO** Fiambres o embutidos: **SI - NO** Quesos: **SI - NO**

8. De 14 comidas semanales (7 almuerzos y 7 cenas), ¿en cuántas hay carnes rojas y blancas?

9. Usted padece de:

Diabetes: **SI - NO**

Gota o ácido úrico elevado: **SI - NO**

Hipertensión arterial: **SI - NO**

Gastrítis, úlcera o malabsorción intestinal: **SI - NO**

Especifique _____

10. ¿Tiene antecedentes familiares de litiasis renal o gota? **SI - NO**

Especifique _____

11. ¿Toma diuréticos, calcio, allopurinol, vitamina C, litio, magnesio, citrato de potasio regularmente? **SI - NO**

Especifique el nombre comercial y la última toma _____

12. ¿Actualmente tiene cálculos? **SI - NO**

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LABORATORIO

Peso: _____ Talla: _____ Tipo: **(A)** **(C)** Volumen A: _____ B: _____ PH: _____

Medicación: _____

Protocolo Anterior: _____



ATENCIÓN MÉDICA



LABORATORIO



IMÁGENES

SEDE BELGRANO
Amenábar 1945

SEDE CABALLITO
Av. Rivadavia 5712

SEDE CENTRO
Libertad 836

CENTRAL DE TURNOS
(011) 5031-4100

IDIM
SOMOS
NUESTROS
PACIENTES