



SERVICIO A DOMICILIO SIN RECARGO

022258322 0982461608 0983460326 0987230428



Quito: Av. 10 de Agosto N48-68 y Mañosca • Telf.: (02) 2258 322



San Rafael: Av. General Enríquez No. 228 e Isla Salango • Cel.: 0987227760

INSTRUCCIONES PARA LA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS

• EXAMEN DE SANGRE

Dieta normal, no realizar esfuerzo físico 24 horas antes del examen, ni ingerir alcohol. Presentarse en ayunas al laboratorio (preferiblemente antes de las 10 a.m.), salvo otra indicación del médico.

• EXAMEN DE ORINA

Realizar un lavado genital con agua corriente. Recoger en el envase adecuado la primera orina de la mañana, desechar el primer chorro. No tener relaciones sexuales el día anterior de la muestra.

• EXAMEN DE HECES

Recoger la muestra en el envase adecuado, tener cuidado de no contaminarla con orina. No sirven las muestras recolectadas después de exámenes radiológicos.

• INVESTIGACIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES

Realizar una dieta libre de carnes rojas, vegetales crudos, frutos rojos o ciruelas dos días antes a la recolección.

• ESPERMATOGRAMA

Se recomienda no tener relaciones de 3 a 5 días antes. La muestra debe ser tomada en el laboratorio.

• PAPANICOLAOU

Se recomienda no tener relaciones sexuales de dos a tres días antes y no estar en el periodo de menstruación. No usar óvulos, cremas vaginales o duchas vaginales por lo menos tres días antes de la toma.

• PROLACTINA

Es preferible venir en ayunas. No tener relaciones sexuales ni manipulación de los senos la noche anterior. Informar al flebotomista si se encuentra tomando alguna medicación.

• ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

Es recomendable venir en ayunas, sin haber tenido relaciones sexuales, ni masaje prostático antes de la toma. Si practica ejercicio intenso o bicicleta se recomienda dejarlo por una semana antes de la toma.

Consentimiento Informado R2P8 V.1

Yo con C.I. autorizo libre y voluntariamente al laboratorio

Clínica de Osteoporosis, realizar la determinación de la prueba de:

Certifico que he leído (o se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido. También certifico que he sido informado del procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados, de preferencia será directamente y que estoy de acuerdo con el proceso.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGА ESTE CONSENTIMIENTO

Como paciente: Sí NO

Como responsable del paciente (Padre o madre, si es menor; representante legal, familiar
representante u otras personas que figuren como tales) Sí NO Firma y C.I.

Fecha:

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LABORATORIO

Fecha:

La información que será enviada por medios digitales es confidencial y para uso exclusivo de la persona u organización a la cual va dirigida. La Clínica de Osteoporosis no se hace responsable de daños causados por la manipulación, alteración de la información, difusión o uso no autorizado de la información. Declaro que he leído el párrafo anterior y autorizo que se envíen mis resultados de laboratorio a la dirección de correo especificada.

Nombre del paciente:

Dirección email: y/o WhatsApp Firma y C.I.

Copia a médico solicitante: Sí NO

HORARIOS DE ATENCIÓN

LUNES A VIERNES: DE 07H00 A 18H00
SÁBADO Y FERIADOS: DE 07H00 A 13H00

clínica de osteoporosis
clinicadeosteoporosis

+593 9 8722 7760
osteo97@andinanet.net