



**Ultrassonografia
VIAS URINÁRIAS**

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Prontuário: _____

Dia ____ / ____ /20 ____

Hora: _____

Local

() Hospital

() Policlínica

Autorização

Assinatura / carimbo

**Obs.: Caso perca o exame e sem justificativa,
será marcado após 30 dias.**

Preparo

NA VÉSPERA:

- Dieta de alimento gordurosos;
- Tomar 02 comprimidos de Luftal
Pela Manhã
- Tomar 02 comprimidos de Ducolax ou
Laxol à noite.

NO DIA:

Tomar 04 copos de água 02 horas
Antes do exame e não urinar.