

PETICIÓN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consulta Urología

Paciente.....Edad.....

Nª HC.....Diagnóstico.....

FECHA.....

Urgente

RADIOGRAFÍA	
RX simple abdomen AP	
RX simple abdomen oblicua	
RX simple tórax AP	
Urografía Intravenosa (UIV)	
UIV con choque diurético	
Cistografía de relleno	
CUMS	
Uretrografía retrógrada y miccional	
Pielografía anterógrada (nefrostomía)	
Pielografía retrógrada (catéter uréter)	
Conductografía	
Cavernosografía	
Deferento-vesiculografía	
Fistulografía	
ECOGRAFÍA	
Ecografía abdominal	
Ecografía renal, vesical y prostática	
Ecografía doppler renal	
Ecografía escrotal	
Ecografía doppler escrotal	
Ecografía transrectal	
Ecografía transesofágica	
TAC	
TAC abdomino-pélvico	
TAC torácico	
TAC craneal	

RNM	
RNM abdomino-pélvica	
RNM vertebral/medular	
RNM craneal	
MEDICINA NUCLEAR	
Renograma isotópico MAG3	
Gammagrafía renal DMSA	
Gammagrafía paratiroides SESTAMIBI	
Gammagrafía ósea Tc99	
Densitometría ósea	
Gammagrafía testicular	
PET.....	
URODINAMIA	
Fujometría miccional	
Estudio urodinámico	
Estudio presión-flujo	
Test Withaker	
Reeducación perineal	
PROCEDIMIENTOS	
Biopsia transrectal de próstata	
Cistoscopia	
Uretro-cistoscopia	

Informe/Motivo petición

Dr. _____

Firma