



Sig./ra _____

Data di prenotazione esame _____ ore _____

Presentarsi **muniti di impegnativa del medico curante e codice fiscale.**

Nell'impossibilità di rispettare l'appuntamento si prega cortesemente di avvisare con due giorni di anticipo telefonando ai numeri sopraindicati.

PREPARAZIONE

RX ESOFAGO

Giorno precedente:

- Cena leggera. Digiuno sino all'espletamento dell'esame.
- **Assoluto divieto di fumare e di bere** nelle ore che precedono l'esame.

RX APPARATO DIGERENTE PRIME VIE (Esofago, stomaco e duodeno)

Giorno precedente:

- Cena leggera. Digiuno sino all'espletamento dell'esame.
- **Assoluto divieto di fumare e di bere** nelle ore che precedono l'esame.

RX APPARATO DIGERENTE COMPLETO

- **Nei 2 giorni che precedono l'esame dieta priva di scorie.**
- **Alimenti vietati:** frutta e verdura di ogni genere, sia cruda che cotta; pane, farinacei, formaggi grassi; alcolici, acqua e bevande gasate.
- **Alimenti permessi:** pesce, uova sode, carne, formaggi magri.

La sera precedente:

- Cena leggera. Digiuno sino all'espletamento dell'esame.
- **Clistere di pulizia.**
- **Assoluto divieto di fumare e di bere** nelle ore che precedono l'esame.

N.B.: Si raccomanda di portare con sé eventuale documentazione clinico-radiologica precedente