


<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>ULSS9 SCALIGERA</p>	<p>Istruzione Operativa</p> <p>MODULISTICA</p>	<p>U_495_A2_mo17_test-di-farley_rev01</p> <p>05/08/2025</p>
---	--	---

Morfologia Eitrocitaria Urinaria (Test di FAIRLEY)

Modalità di raccolta

Per l'esecuzione del test è accettabile una moderata attività fisica (es.: gioco in età infantile), una leggera colazione, senza eccessiva assunzione di liquidi e con astensione da attività fisica intensa il giorno precedente. Il campione idoneo per la valutazione morfologica degli eritrociti è costituito dalla seconda minzione mattutina: alle **ore 6:00** del mattino urinare svuotando completamente la vescica prima di iniziare la raccolta. Raccogliere tutte le urine delle minzioni effettuate nel corso delle successive due ore (massimo tre ore). Consegnare le urine al Laboratorio dal lunedì al venerdì entro le **ore 9:00** trasportando rapidamente in laboratorio il recipiente con tutta l'urina raccolta, conservata a temperatura ambiente.

Al fine di ottenere una corretta interpretazione del risultato il laboratorio deve eseguire il test di Fairley entro un'ora dall'ultima minzione.

Materiale necessario

Contenitore monouso sterile con tappo giallo a vite o a pressione presente presso tutti i Centri Prelievi e reparti di degenza. Può essere ritirato gratuitamente presso i Centri Prelievi per i pazienti ambulatoriali esterni.

Non idoneità del campione e/o cause di errore

Eccessiva assunzione di liquidi durante la raccolta, mestruazioni, concomitante infezione delle vie urinarie, cistoscopia o cateterizzazione vescicale recente.

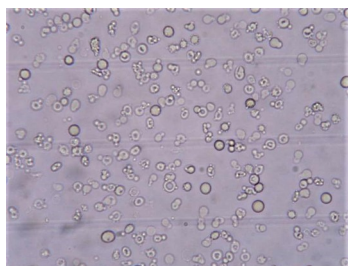
Conta eritrocitaria

Si deve considerare positiva (microematuria) una conta di eritrociti pari o superiore a 10 elementi per microL. Pertanto sarà utile l'impiego di una metodologia di conta ad alta sensibilità (es. citofluorimetria oppure, se non disponibile, microscopia mediante camera contaglobuli).

Valutazione morfologica eritrocitaria (microscopia)

I criteri morfologici degli eritrociti urinari (valutati in microscopia a contrasto di fase) per la differenziazione tra ematuria glomerulare e non-glomerulare sono i seguenti:

- Acantociti > 5% (ematuria glomerulare);
- Eritrociti dimorfici: se la percentuale di tali eritrociti è > del 50% si può ipotizzare che l'origine glomerulare dell'ematuria (es. Glomerulonefrite, Lesioni Glomerulari Minime, ecc.);
- Eritrociti isomorfi: se l'80% degli eritrociti sono isomorfi si può ragionevolmente escludere che la loro origine sia glomerulare; nel caso la morfologia eritrocitaria sia mista in percentuale equivalente (50%) si può supporre che l'origine sia glomerulare e non (es. Nefropatia da IgA). Tuttavia in pazienti con glomerulonefrite necrotizzante o associata ad ematuria rilevante, ad insufficienza renale cronica in fase terminale in cui il filtro renale sia irreparabilmente danneggiato, oppure a poliuria (specie se iposmotica con densità/peso specifico prossimi all'acqua libera), si possono osservare prevalentemente eritrociti isomorfi: configurandosi, in questo caso, un quadro di maggior gravità clinica.



REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Istruzione Operativa

MODULISTICA

U_495_A2_mo17_test-di-farley_rev01

05/08/2025