

CLÍNICA DE OTORRINOS

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO



DIETA-EXAME OTONEUROLÓGICO

NOME: _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

1. Comparecer à Clínica com um acompanhante;
2. Nos dois dias anteriores ao exame: **NÃO** ingerir café, chá, chocolates, bebidas alcoólicas, refrigerante (Coca-cola);
3. Nesses dois dias também **NÃO** tome remédios para tontura, calmantes e analgésicos. Não use remédios para labirintite;
4. Se você tem **HIPERTENSÃO, PROBLEMAS CARDÍACOS e DIABETES** use seus medicamentos **NORMALMENTE**;
5. No dia do exame ingerir somente alimentos leves como: **LEITE, VITAMINAS, SUCOS, FRUTAS, PÃES** ou **BISCOITOS**;
6. Manter-se em **JEJUM** por 02 (duas) horas antes do exame;
7. No dia do exame não usar **LENTE DE CONTATO**;
8. No dia do exame não usar **MAQUIAGEM**;
9. **No dia do exame NÃO FUME.**
10. **CASO NÃO POSSA COMPARECER FAVOR AVISAR COM 24 HORAS DE ANTECEDÊNCIA.**