

DATI DEL PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____
 Nato a _____ (____) il _____
 Residente a _____ (____)
 Indirizzo _____ Tel _____
 Indagine richiesta _____
 Quesito diagnostico _____

INFORMAZIONI SULL'INDAGINE

Gentile Signora/e,

desideriamo fornirle alcune informazioni circa l'esame strumentale cui si sottoporrà. La Densitometria Ossea, meglio nota come MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata), è un esame diagnostico fondamentale per la valutazione dello stato di salute delle ossa e per la predizione di eventuali rischi fratture. Misura infatti la massa ossea, ovvero la quantità di calcio e altri minerali (fosforo, fluoro, magnesio) che conferiscono all'osso notevoli proprietà come durezza, rigidità e resistenza.

La tecnica di riferimento ad oggi è la Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (DEXA).

Prima di eseguire l'esame, le verrà richiesto di togliere tutti gli oggetti metallici indossati: orologi, orecchini, reggiseni con ferretto, occhiali da vista, bracciali, anelli, piercing, etc. e di scoprire la parte che dovrà essere sottoposta alla valutazione ossea.

Non sarà possibile eseguire l'esame MOC:

- Se ha sospetto di trovarsi in stato di gravidanza certa o presunta;
- Se ha di recente eseguito esami che abbiano previsto l'introduzione di mezzo di contrasto iodato, poiché l'esame densitometrico ne verrebbe falsato.

Qualora fosse portatore di protesi d'anca, sarà possibile eseguire la valutazione analizzando l'arto non protesizzato.

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di aver compreso quanto sopra riportato relativamente all'esame MOC e di aver ricevuto da parte del Medico Radiologo risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda.

Valutate le informazioni ricevute, ACCETTO di eseguire l'indagine proposta.

_____ Li ___ / ___ / ___ Firma del paziente _____

Il medico responsabile, ritenute chiare e complete le motivazioni della richiesta effettuata da parte del Medico richiedente e verificata l'appropriatezza della stessa, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini dinamiche preliminari, ritiene che l'esame è giustificato nel rispetto del D.Lgr. 101/2020 e può essere accettato ed eseguito.

_____ Li ___ / ___ / ___ Firma del Medico responsabile _____

DICHIARAZIONE DI NON GRAVIDANZA

L'esposizione a radiazioni in stato di gravidanza può essere dannosa per l'embrione o per il feto, anche se la dose erogata dalle attrezzature digitali in dotazione della struttura è ridotta rispetto a quella erogata dalle attrezzature convenzionali e nonostante l'esame venga eseguito nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica (art.10 del D.Lgs.26 maggio 2000, n.187 – Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria particolare durante le gravidanze). Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere evitate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, per limitare ogni fattore di ipotetico rischio. In caso dubbio la Sua prenotazione verrà riprogrammata per una data in cui ci sia la sicurezza completa di uno stato di non gravidanza.

La chiediamo di compilare la seguente

DICHIARAZIONE

Essendo stata esaurientemente informata dei rischi derivanti dalla esposizione a radiazioni ionizzanti, la sottoscritta _____ dichiara di non essere in stato di gravidanza, né di avere alcun dubbio di esserlo, al momento dell'esecuzione dell'esame ed accetta di essere sottoposta al seguente esame radiologico _____.

In fede _____ Data _____ Firma (leggibile) _____

Compilare in caso di esecuzione dell'esame su minorenne:

COGNOME e NOME:			
LUOGO DI NASCITA:		DATA DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:			
IN QUALITÀ DI:	<input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> (altro)		
dichiara, sotto la responsabilità, di fornire il consenso all'esecuzione dell'esame diagnostico/specialistico richiesto.			
Firma leggibile _____			