

CONSENSO INFORMATO ALLA DENSITOMETRIA OSSEA

Gentile Signora/Signore,

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno suggerirLe di sottoporsi ad una Densitometria Ossea per ottenere informazioni a Lei utili. L'esame diagnostico consente di ottenere una immagine radiologica del tratto lombare e/o dei due femori, tramite l'utilizzo di radiazioni ionizzanti (Raggi X). In questa struttura l'esecuzione di esami radiologici si effettua nel pieno e rigoroso rispetto della normativa vigente, ed in particolare le dosi erogate sono sempre mantenute al di sotto dei Livelli Diagnostici di Riferimento e l'esame si esegue solo in presenza di una richiesta medica diagnostica motivata e in assenza di alternative all'esame richiesto o di altri reperti diagnostici validi.

Gli Operatori sono a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.

COGNOME _____ **NOME** _____ **Nato il** _____

Spilimbergo, data _____ Firma _____ Firma del medico _____

STATO GRAVIDICO

La gravidanza è una assoluta controindicazione all'esecuzione dell'esame radiologico, è pertanto indispensabile per poter eseguire l'esame la seguente notizia:

E' in stato gravidico? **SI** **NO**

Spilimbergo data _____ Firma _____

Già nostro cliente? **SI** **NO**

In caso di risposta negativa,

Come ha conosciuto il Nostro Centro?

- Ricerca su internet (Google)**
- Attraverso social (Facebook, LinkedIn etc.)**
- Passaparola**
- Medico di Base**
- Specialista**



SCHEDA INFORMATIVA

Data di nascita _____ **Età** _____

Altezza _____ cm **Peso** _____ kg

Menopausa **SI** **dall'età di** _____
 NO **data dell'ultima mestruazione**

Recenti indagini radiografiche con Mezzi di Contrasto nelle ultime 24h **NO** **SI**

Recenti indagini di Medicina Nucleare nelle ultime 24h **NO** **SI**

Terapie farmacologiche in atto **NO**
 SI

specificare _____

Storia familiare di osteoporosi **NO** **SI**

Fumatrice/Fumatore **NO** **SI**

Malattie metaboliche (ipertiroidismo, iperparatiroidismo) **NO** **SI**

Pregresse fratture ossee **NO**
 SI

specificare _____

Pregressi interventi chirurgici **NO**
 SI

specificare _____

Spilimbergo data _____

Firma _____

