

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** _____

