

## **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 ( Instagram, LinkedIn etc. )**
- Passaparola**
- Medico di Base**
- Specialista**
- Facebook**



**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** \_\_\_\_\_

**Progressi interventi chirurgici**  **NO**  
 **SI**

**specificare** \_\_\_\_\_

**Spilimbergo** data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

