

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ N. ESAME \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONE 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 il 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.

**DA COMPILARE SOLO PER DONNE**

Le RADIAZIONI utilizzate, anche se di minima entità, potrebbero NUOCERE AL FETO, pertanto è pregata di voler segnalare se è in stato di gravidanza certa o presunta. Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere evitate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, per limitare ogni fattore di ipotetico rischio.

E' in stato di gravidanza certa o presunta?  SI  NO Data ultima mestruazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Firma del paziente** o di persona idonea \_\_\_\_\_

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

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.Lgs. 101/2020 e può essere accettato ed eseguito.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Nome e Cognome del Medico Responsabile** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico Responsabile** \_\_\_\_\_