

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-36
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER MINERALOGRAFIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)	
		Rev. n. 6
		Ultima Rev.: 29/03/2021

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

CHE COSA È LA MINERALOGRAFIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)

La MOC è l'esame che consente di misurare la densità minerale ossea (BMD) e di individuarne eventuali stati di riduzione predisponenti al rischio di frattura. Consente anche la quantificazione di massa grassa e massa magra (*total body*) indicata in Pazienti obesi o che si sottopongono a cure dimagranti.

La tecnica densitometrica utilizzata è la DEXA che si basa sull'utilizzo di raggi X per la misurazione della massa ossea in vari siti: nello scheletro totale, centralmente a livello lombare o del femore prossimale oppure in distretti periferici dello scheletro appendicolare (avambraccio-polso).

L'apparecchiatura utilizzata è un HORIZON WI di ultima generazione per lo studio dell'osteoporosi, che emette una bassissima dose di radiazione così da rendere l'esame ripetibile nel tempo per valutare l'effetto della eventuale terapia, in associazione a valutazione clinica e laboratoristica-metabolica per individuare i fattori di rischio:

Fattori di rischio non modificabili: <ul style="list-style-type: none"> • Familiarità • Razza caucasica • Età avanzata • Sesso femminile – Menopausa 	Fattori di rischio modificabili <ul style="list-style-type: none"> • Fumo - Abuso di Alcool • Insufficiente apporto di calcio e vitamina D • Sedentarietà e scarsa attività fisica • Uso cronico cortisonici • Basso peso corporeo
---	--

Le valutazioni densitometriche nei siti scheletrici consigliati per la diagnosi di osteoporosi e per la predizione del rischio di frattura, sono in grado di predire il rischio di frattura in qualsiasi distretto scheletrico, ma questo risulta migliore nel segmento osseo studiato.

Normalmente il primo esame MOC è consigliato intorno ai 50 anni con controlli a 1-2 anni a seconda dei reperti densitometrici.

COME SI EFFETTUA L'ESAME

Il Paziente viene invitato a sdraiarsi sul lettino accanto all'operatore.

La durata media dell'esame è generalmente di circa 10-15 minuti. In questa fase, si raccomanda di rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità.

EVENTUALI COMPLICANZE

Nessuna.

PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione.

Prima dell'esame occorre rimuovere qualsiasi oggetto o indumento contenente parti metalliche (relativamente all'emergenza Covid-19, indossare mascherina priva di stringinaso metallico)

Per le donne in età fertile è importante la consapevolezza di non essere in stato di gravidanza.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME MOC, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica ne autorizza l'esecuzione e firma in calce alla dichiarazione di consenso

<input type="checkbox"/> NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER	
Data _____	Firma del Medico _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____
Documento identificativo _____
In qualità di: GENITORE (se Paziente minorenne) TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
 ALTRO _____

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE (art. 10 comma 4 e Allegato VI D.Lgs 187/2000)

Le donne in età fertile devono valutare la possibilità di uno stato di gravidanza ed informarne il Medico Radiologo: le radiazioni ionizzanti sono nocive all'embrione e al feto e possono causare danni quali: malformazioni, disturbi dell'accrescimento, ritardi mentali, leucemie od altri tumori pediatrici, interruzione della gravidanza.

Dichiaro di:

NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame MOC
 NON ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame MOC

Data _____

Firma del Paziente o del Titolare del consenso _____

Firma del Medico _____

In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a
Cognome e Nome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Prov. _____

REVOCO il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data _____ Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____

**** Il CONSENSO INFORMATO del Paziente deve necessariamente essere stampato fronte / retro.**