

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI DENSITOMETRIA OSSEA (MOC).

SINTESI INFORMATIVA

Data _____

CHE COS'È

La densitometria ossea, chiamata anche con la sigla MOC che significa "Mineralometria Ossea Computerizzata", è un **esame che serve a valutare la quantità del calcio, presente nelle ossa**. L'esame è utilizzato per stabilirne la concentrazione, mediante l'utilizzo dei **raggi X a bassissima emissione**. Il parametro così ottenuto indica se le ossa sono in salute oppure se sono a rischio di fratture spontanee se è presente qualche patologia. È un esame che si esegue in tutte le fasce d'età, sia negli adulti che negli anziani, soprattutto nelle donne in età post-menopausale.

La densitometria ossea può essere eseguita su diversi segmenti ossei, ognuno dei quali può essere utilizzato per un particolare iter diagnostico.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, **inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso**.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame. L'esame ha una durata variabile, tra i 5 e i 10 minuti in base alla scansione da effettuare e, una volta terminato, il paziente può tornare a svolgere le sue attività quotidiane senza alcuna limitazione.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Non esistono complicanze specifiche legate all'esecuzione dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

La densitometria ossea è un esame semplice e rapido che non richiede alcuna preparazione prima della sua esecuzione. Non è quindi richiesta una dieta particolare nei giorni che precedono l'esame, nè è richiesta una particolare procedura da eseguire prima dell'esame stesso. Nonostante l'utilizzo di basse dosi di radiazioni si sconsiglia l'esame in gravidanza specie nel primo trimestre.

Pertanto si **consiglia di non eseguire l'esame se non è possibile escludere con sicurezza uno stato di gravidanza (in tal senso viene fatto firmare un consenso informato scritto)**. Non occorre essere digiuni.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al personale sanitario preposto.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME MOC

Il paziente

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	

[EVENTUALE] Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	Prov.		
In data		Co d. Fis .	

in qualità di suo

genitore **care giver** **tutore** **curatore** **amministratore di sostegno** **(altro)** _____

Informato/a:

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente MOC.

Reso/a consapevole:

sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Firma del paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del paziente _____