

MINERALOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC) – NOTA INFORMATIVA

Introduzione

La mineralometria ossea computerizzata (MOC) è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente al medico specialista in Medicina Nucleare di ottenere informazioni sulla quantità di calcio presente nelle ossa, permettendo di capire se queste sono in salute oppure se sono a rischio di fratture spontanee. È un esame che può essere eseguito negli adulti, nei soggetti anziani, nelle donne in età post-menopausale (in particolare), ma anche nei pazienti pediatrici. La densitometria ossea può essere eseguita su diversi segmenti ossei.

Controindicazioni

Nessuna

Preparazione

Nessuna

Documentazione da portare

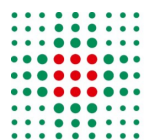
Nessuna

Come si svolge

Il giorno del suo esame dovrà presentarsi allo sportello CUP posto al Piano 1 dell'edificio polichirurgico per la procedura di accettazione. Qui la nostra segretaria le darà le prime indicazioni per recarsi presso il reparto di Medicina Nucleare e le dirà anche come e quando potrà ritirare il risultato. Una volta giunto/a in reparto il nostro personale la farà accomodare in sala di attesa. Un nostro tecnico sanitario la verrà a chiamare e la accompagnerà nel locale dove effettuerà l'esame. Il tecnico le spiegherà quindi in modo preciso come funziona l'esame, le chiederà alcune informazioni relative alla sua storia medica ed infine le chiederà di firmare il modulo del consenso informato associato a questa informativa. Il nostro tecnico la farà quindi stendere sul lettino della nostra macchina MOC su cui rimarrà sdraiato per circa 5-10 minuti. Finito l'esame potrà tornare a casa e potrà riprendere tutte le sue normali attività ed abitudini di vita e di alimentazione.

N.B. In caso di dubbio o necessità relativi all'esame MOC che eseguirà presso la nostra struttura, potrà contattare la struttura stessa di Medicina Nucleare al seguente numero telefonico: 0523-303421.

Data _____ Firma Paziente _____ Firma Medico _____



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

COGNOME	NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
UNITA' OPERATIVA RICHIEDENTE	
OSPEDALE DI	
DIAGNOSI/SOSPETTO CLINICO	
ESAME SCINTIGRAFICO RICHiesto	

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite al/alla paziente tutte le informazioni relative a:

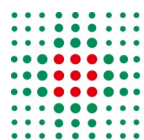
1. Modalità di esecuzione della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
2. Finalità della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
3. Eventuali contro-indicazioni relative ed assolute alla procedura (o al trattamento, in caso di terapia ambulatoriale);
4. Eventuali rischi riguardo l'esposizione a radiazioni ionizzanti;
5. Eventuali alternative diagnostico/terapeutiche al trattamento proposto, che non comportino l'esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. Prognosi e aspettative migliorative del trattamento (in caso di terapia ambulatoriale);
7. Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto.

Inoltre, è stato fornito al/la paziente/ovvero a chi esercita la potestà genitoriale/ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) **materiale informativo** sulla procedura proposta, appositamente predisposto dall'Unità Operativa, del quale viene trattenuta copia controfirmata dal/la paziente in cartella clinica.

Si informa il/la destinatario/a dell'informazione che, in caso di bisogno di ulteriori informazioni, potrà rivolgersi all'Unità Operativa di Medicina Nucleare, contattando il seguente numero di telefono 0523/303421.

data ___/___/___

Firma e timbro del Medico _____



Verificato che il/la destinatario/a dell'informazione ha ben compreso il significato delle informazioni fornite ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

IO SOTTOSCRITTO _____ HO BEN COMPRESO QUANTO MI É
STATO SPIEGATO DAL DR./SSA _____

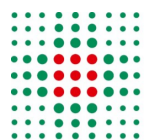
QUINDI ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
PROPOSTO che verrà effettuato da: componenti dell'èquipe consulente esterno

**PER LE DONNE IN ETA' FERTILE: ESCLUDO QUALSIASI SOSPETTO DI GRAVIDANZA AL
MOMENTO DELL'ESAME MOC.**

Firma del/la paziente		
Firma dei genitori	(Padre)	(Madre)
Firma del tutore (o curatore o amministratore di sostegno)		

data ___/___/___



NEGAZIONE DEL CONSENSO

IO SOTTOSCRITTO _____ HO BEN COMPRESO QUANTO MI É
STATO SPIEGATO DAL DR./SSA _____

MA NON ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
PROPOSTO.

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono
derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.

Firma del/la paziente		
Firma dei genitori	(Padre)	(Madre)
Firma del tutore (o curatore o amministratore di sostegno)		

data ___/___/___

NOTA: l'eventuale revoca del consenso deve essere tassativamente annotata in cartella
clinica (o in altra documentazione sanitaria) e debitamente firmata dal/dalla paziente (o dai
genitori o dal legale rappresentante).

STATO DI NECESSITA'

Si procede ad effettuare l'atto diagnostico/o terapeutico invocando lo **stato di necessità**, in
quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi
possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del
modulo).