Ospedale Regionale di Lugano
Medicina

Segretariato di Radiologia
e-mail: radiologia.italiano@eoc.ch
Tel: +41 (0)91 811 76 84
Fax: +41 (0)91 811 76 82

Modulo di richiesta per densitometria ossea (MOC)

Servizio di Radiologia ORL, sede Italiano

Cognome

Nome

Data di nascita

Indirizzo

CAP / Località

Telefono

Cassa malati

etichetta paziente EOC

♀ Gravidanza esclusa: ☐ NO ☐ SI

TIPO DI RICHIESTA

☐ Primo esame ☐ Esame di follow-up (ultimo eseguito in data/anno _____ sede _____)

Pf selezionare la scelta desiderata (in mancanza di tale scelta verrà considerata la prima opzione):
☐ valutazione densitometrica
☐ valutazione densitometrica con commento clinico
☐ valutazione densitometrica con visita specialistica e presa a carico presso Servizio di Endocrinologia o Reumatologia

DATI CLINICI DEL PAZIENTE

Eventuale terapia per osteoporosi (es. bifosfonati, Prolia, Forsteo) attuale: _____ (dal _____)
pregressa: _____

Pf allegare lista dei trattamenti in atto

MOTIVO DELL'ESAME

☐ Osteoporosi manifesta con frattura da trauma a bassa energia
☐ vertebrale (a livello _____ data _____), ☐ femore prossimale, ☐ polso, ☐ omero
☐ Osteoporosi secondaria:
☐ Iperparatiroidismo primario
☐ Ipogonadismo [per le donne: ☐ ovariectomia, ☐ menopausa precoce (< 45 aa), amenorrea di lunga durata (dal _____)
☐ Malassorbimento intestinale su:
☐ morbo di Crohn/colite ulcerosa, ☐ celiachia, ☐ chirurgia bariatrica (bypass gastrico, sleeve gastrectomy…)
☐ Ipertiroidismo
☐ Diabete di tipo 1
☐ Cirrosi epatica
☐ Chemioterapia/terapia con inibitori dell'aromatasi
☐ Corticoterapia da ≥ 3 mesi con _____ (pf indicare farmaco, posologia, data di inizio)
☐ Osteogenesi imperfecta
☐ Artrite reumatoide
☐ Terapia con antiretrovirali (HIV)
☐ Follow-up di osteoporosi con terapia antiriassorbitiva (terapia _____, ultima dose ricevuta _____)

☐ Altra indicazione (rischio di non rimborso da parte della LaMal). _____

APPUNTAMENTO FISSATO PER IL: _____ ALLE ORE: _____

Il Medico richiedente (recapito, timbro leggibile e firma)

_____

Validazione del Medico resp. (data, ev. indicazioni, firma)

_____

nota: richieste incomplete verranno rinviate al richiedente