

 <p><b>Istituti Clinici Zucchi</b> Gruppo San Donato</p>	<p><b>INFORMATIVA E RACCOLTA CONSENSO PER ESECUZIONE DI MINERALOGRAFIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)</b></p>	<p>Mod. UMCCCIC_4260 REV. 001 DEL 09/12/2020</p>
<p><input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza</p>	<p><b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b></p>	<p>Responsabile Dott. Alberto Aliprandi</p>

**Numero cartella clinica**

**Cognome**

**Nome**

**Data di consegna dell'informativa**

Gentile Signora/Egregio Signore, le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente per essere in grado di manifestare, firmando in calce il documento, il Suo consenso. Qualora le informazioni non risultassero chiare e/o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico curante e/o al Medico Esaminatore, prima dell'esecuzione dell'indagine. Si raccomanda di fornire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti eventualmente eseguiti in precedenza.

**COS'E' LA MINERALOGRAFIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)**

La MOC è l'esame che consente di misurare la densità minerale ossea (BMD) ed il riconoscimento di eventuali stati di riduzione della stessa predisponenti al rischio di frattura, consente di valutare la massa ossea con una bassissima dose di radiazione, ciò che rende l'esame ripetibile nel tempo.

L'implementazione con software dedicati consente anche la valutazione della massa ossea di tutto il corpo e la quantificazione di massa grassa e massa magra (total body) indicata in pazienti obesi o che si sottopongono a cure dimagranti.

La DEXA è la tecnica densitometrica più utilizzata per lo studio dell'osso e si basa sull'utilizzo di raggi X. Con questa tecnica la massa ossea può essere misurata in vari siti: nello scheletro totale, centralmente a livello lombare o del femore prossimale oppure in distretti periferici dello scheletro appendicolare (avambraccio-polso).

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.

Fattori di rischio non modificabili: • Familiarità • Razza caucasica • Età avanzata • Sesso femminile – Menopausa Fattori di rischio modificabili • Fumo - Abuso di Alcool • Insufficiente apporto di calcio e vitamina D • Sedentarietà e scarsa attività fisica • Uso cronico cortisonici • Basso peso corporeo

Normalmente il primo esame MOC è consigliato intorno ai 50 anni con controlli a 1-2 anni a seconda dei reperti densitometrici. Prevede una bassissima dose di radiazioni, per cui può essere ripetuto nel tempo per valutare l'effetto della terapia, In associazione a valutazione clinica e laboratoristica-metabolica per valutazione dei fattori di rischio.

**COME SI EFFETTUA L'ESAME** Il cliente verrà invitato a togliersi qualsiasi oggetto o indumento contenente parti metalliche e verrà invitato a sdraiarsi sul lettino accanto all'operatore. Per la buona riuscita dell'esame è necessaria l'assoluta immobilità del cliente. La durata media dell'esame è generalmente di circa 10-15 minuti.

## COME PREPARARSI ALL'ESAME

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

Comunicazione della classe di dose tratto dal documento intersocietario (aifm-aimn-ainm-sirm) secondo l' art.161 del D.Lgs 101/2020 c.5-6:

- Densitometria ossea DXA total body classe II
- Densitometria ossea TC monodistrettuale classe III
- Densitometria ossea DXA lombare classe I
- Densitometria ossea DXA femorale classe I
- Densitometria ossea DXA ultradistrettuale classe I

### Il cliente dichiara di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- aver ricevuto informazioni sufficienti e comprensibili;
- aver avuto risposte esaurienti ai chiarimenti richiesti.

Cognome e Nome (in stampatello):  del cliente;  del tutore del cliente inabilitato;  dei genitori del cliente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data \_\_\_\_\_ Firma del Cliente / tutore / genitore \_\_\_\_\_ Firma dell'altro genitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME MOC**, preso atto delle risposte fornite dal cliente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari,

### AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE MOC

Data ...../...../.....

.....  
Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame



## **CONSENSO PER ESECUZIONE DI MINERALOGRAFIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

-----  
(\* In caso di minore/interdetto è necessaria la firma di un genitore/tutore Rappresentante legale di

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ N. Documento identificativo \_\_\_\_\_

-----

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

**ad essere sottoposto/a all'esame diagnostico** .....

-----  
Cognome e Nome (in stampatello):  del cliente;  del tutore del cliente inabilitato;  dei genitori del cliente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

-----  
Data

Firma del Cliente / tutore / genitore

Firma dell'altro genitore

-----  
Data

Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni

-----  
IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.  
-----

Se, in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario, volesse revocare il consenso è pregato di compilare la parte sottostante: \*\*

**REVOCO IL CONSENSO** In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nota per l'operatore: Il QUESTIONARIO PRELIMINARE ed il CONSENSO INFORMATO del cliente all'esecuzione dell'indagine MOC, devono necessariamente essere stampati su un unico foglio fronte / retro.