

Richiesta densitometria

Dati paziente

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

No. tel. abitazione: _____ No. tel. cellulare: _____

Quesito clinico: _____

Appuntamento:

Data desiderata: _____ Ora: _____

NB: il mancato annullamento o l'annullamento tardivo (nelle 24 ore che precedono l'appuntamento) daranno seguito ad una tassa amministrativa di CHF 100.--.

Dati clinici:

Ai fini della corretta refertazione è molto importante indicare la terapia e le fratture pregresse.

1. Terapia

a. Bifosfonati orali/endovena: preparato? _____

inizio trattamento: _____ fine trattamento: _____

b. Prolia: _____ inizio trattamento: _____ fine trattamento: _____

c. Prednisone (o Calcort): _____ posologia: _____

inizio trattamento: _____ fine trattamento: _____

d. Altro (Forsteo; Evenity; estrogeni; SERM; etc) _____

2. Fratture dopo trauma a bassa energia?

Vertebrali / Livello data? _____ livello frattura: _____

Omero data? _____

Avambraccio data? _____

Sacro, bacino data? _____

Femore Proximale data? _____

Altre data? _____

Luogo e data:

Medico richiedente (timbro e firma):