

Regione del Veneto  
**AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA**  
**www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it**  
 Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

-----  
 Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

**U.O. RADIOLOGIA P.O. CAMPOSAMPIERO DIRETTORE Dott. E. BISSOLI**

## **QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA DENSITOMETRIA OSSEA**

La densitometria ossea è una tecnica diagnostica che permette di valutare la densità minerale delle ossa, risultando particolarmente utile nella diagnosi e nel monitoraggio dell'osteoporosi. Questa malattia dello scheletro si caratterizza per la riduzione del contenuto minerale delle ossa esponendo i Pazienti ad un importante rischio di fratture, anche per traumi di lieve entità.

La densitometria ossea o MOC (mineralometria Ossea Computerizzata) o DEXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) utilizza una piccolissima dose di raggi X per stabilire quanti grammi di calcio ed altri minerali sono presenti nel segmento osseo esaminato, solitamente il tratto lombare della colonna vertebrale ed il collo del femore. Non richiede alcuna preparazione specifica, il tempo complessivo per l'indagine è di circa 15 minuti e non determina alcuna limitazione delle ordinarie attività del Paziente dopo la sua esecuzione.



Gentile Signora, egregio Signore, affinché l'esame sia clinicamente informativo, la preghiamo di compilare il seguente questionario che permette di individuare quei Pazienti che presentano una densità minerale delle ossa inferiore alla popolazione generale.

La ringraziamo per la cortese collaborazione.

Sig.ra (sig.) .....

nata/o il .....

Peso attuale (Kg) .....

Altezza attuale (cm) .....

Età della menopausa ad anni .....

Assume terapia ormonale sostitutiva? SI..... NO.....

È la prima densitometria che esegue? SI..... NO.....

Sta facendo/ha fatto una terapia specifica per l'osteoporosi SI..... NO.....

Assume altri farmaci? SI..... NO.....

Quali? .....

Soffre di malattie metaboliche od ormonali? SI..... NO.....

Quale/i?.....

Ha fatto/fa terapie cortisoniche? SI..... NO.....

Per quanto/da quanto tempo? .....

Ha familiarità per fratture della colonna vertebrale o del femore? SI... NO ...

Ha avuto fratture in passato? SI ..... NO .....

Dove? .....

A seguito di traumi? ..... SI..... NO .....

Ha subito interventi chirurgici all'addome? SI ..... NO .....

Dove e perché? .....

Ha subito interventi al femore? SI ..... NO .....

Di che tipo? .....

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_