

Ospedale Regionale di Locarno  
E-mail: [densitometria.locarno@eoc.ch](mailto:densitometria.locarno@eoc.ch)  
Tel: +41 (0)91 811 44 66

Ospedale Regionale di Lugano, sede Italiano  
E-mail: [densitometria.lugano@eoc.ch](mailto:densitometria.lugano@eoc.ch)  
Tel: +41 (0)91 811 76 30

## Modulo di richiesta per densitometria ossea (MOC) – per medici del territorio

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP / Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cassa malati \_\_\_\_\_

### TIPO DI RICHIESTA

*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

Gravidanza esclusa:  NO  SI

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

### DATI CLINICI DEL PAZIENTE

Eventuale terapia per osteoporosi (es. bifosfonati, Prolia, Forsteo) attuale: \_\_\_\_\_ (dal \_\_\_\_\_)  
 sì  no pregressa: \_\_\_\_\_

*Pf allegare eventuale 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)  
 Terapia con antiepilettici  
 Follow-up di osteoporosi con terapia antirassorbitiva (terapia \_\_\_\_\_, ultima dose ricevuta \_\_\_\_\_)  
 Altra indicazione (rischio di non rimborso da parte della LaMal): \_\_\_\_\_

Il Medico richiedente: \_\_\_\_\_

*Nome, cognome e, se invio cartaceo, recapito e firma*

**Nota: richieste incomplete verranno rinviate al richiedente**

APPUNTAMENTO FISSATO PER IL: \_\_\_\_\_

ALLE ORE: \_\_\_\_\_

ODL

ORL