



Clinica Luganese  
**Moncucco**

# 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 é 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):**

\_\_\_\_\_

**Clinica Luganese  
Moncucco**  
Via Moncucco 10  
6903 Lugano

Società anonima No Profit  
info@moncucco.ch  
www.moncucco.ch  
t+ 41 91 960 81 11  
f+ 41 91 966 76 31

**Servizio di radiologia**  
radiologia@moncucco.ch  
t+ 41 91 960 86 36  
f+ 41 91 960 87 02