

<b>Cognome</b>	_____	
<b>Nome</b>	_____	<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio
Via, Nr.	_____	Rappresentante legale _____
C.A.P., Località	_____	Tel. Fisso/Cellulare _____
Data di Nascita	_____	Tel. Ufficio _____

Convocare paziente

Il paziente ha l'appuntamento il: \_\_\_\_\_ Orario: \_\_\_\_\_

**A carico di:**                       Malattia     Infortunio

Cassa Malati: \_\_\_\_\_ Nr. d'Ass./AHV: \_\_\_\_\_

Assicurazione d'infortunio: \_\_\_\_\_ Nr d'infortunio.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

<b>Indagine di Densitometria Ossea DEXA:</b>	Ultima densitometria eseguita: _____
<input type="checkbox"/> Primo Esame	Con consiglio terapeutico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Follow-Up	Medico per consiglio terapeutico: _____
	Terapia in corso: _____

<b>Quesito Clinico:</b>	<b>PF lasciare libero</b>

**Informazioni cliniche:**

Allergie: \_\_\_\_\_                       Gravidanza

Anticoagulanti: \_\_\_\_\_                       Allattamento

**Indicazioni obbligatoriamente a carico della assicurazione malattia di base, sec. Opre, Art. 9.1:**

Osteoporosi clinicamente manifesta e frattura su trauma inadeguato.

Ipogonadismo (menopausa <45 anni, amenorrea primaria o secondaria, terapia con LH-RH analoghi o inibitori aromatasi).

Terapia steroidea a lungo termine (PDN  $\geq$  5 mg al di  $\geq$  3 mesi).

Malattie intestinali (malassorbimento [p.e. HIV, celiachia, intolleranza al lattosio], Crohn, colite ulcerosa).

Iperparatidismo primario (se indicazione operatoria incerta).

Osteogenesi imperfetta.

Controllo terapeutico (al massimo ogni 2 anni in caso di terapia farmacologica dell'osteoporosi)

<b>Rapporto</b>	<b>Documentazione immagine</b>	<b>Medico curante</b>
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input type="checkbox"/> Portale Digitale/VueMotion	Data: _____
<input type="checkbox"/> Nr. Fax: _____	<input type="checkbox"/> CD	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;">Timbro / Firma</div>
<input type="checkbox"/> Posta _____	<input type="checkbox"/> nessuno	
<input type="checkbox"/> Referto immediato/Tel.:		
<input type="checkbox"/> PF mandare nuove richieste		
<input type="checkbox"/> Copia referto a: _____		

# MAPPA

