



# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA MEDICO GENERALE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI MEDICINA GENERALE e MALATTIE ATERTROMBOTICHE E  
DEGENERATIVE - *Direttore: Prof. Domenico Girelli.*

Centro Regionale Specializzato per la Ricerca Biomolecolare e Istomorfometrica  
nell'ambito delle Malattie Scheletriche e Degenerative – *Resp. Prof. Luca G. Dalle Carbonare*

Sede di Borgo Roma – P.le L. A. Scuro 10 – 37134 Verona - Tel. 045 812 4262/ 812 4263 - Fax 045 8027496

## INFORMAZIONE PER LA BIOPSIA OSSEA PER ANALISI ISTOMORFOMETRICA

La biopsia ossea finalizzata all'esecuzione dell'analisi istomorfometrica è un'indagine invasiva che trova impiego nelle patologie che colpiscono il metabolismo scheletrico, in particolare osteomalacia, mastocitosi sistemica, osteoporosi in corso di insufficienza renale cronica e in pazienti in nutrizione parenterale, per le quali il prelievo osseo rappresenta, in alcuni casi, l'unico mezzo per la conferma diagnostica. La biopsia ossea per istomorfometria risulta inoltre fondamentale nei casi in cui la situazione e gli elementi clinici risultino non concordi con i dati strumentali comunemente utilizzati nelle malattie ossee fragilizzanti (radiografia, densitometria ossea, scintigrafia ossea, ecc.).

La corretta esecuzione della procedura prevede una specifica preparazione mediante assunzione di tetraciclina che non ha scopo preventivo o terapeutico, ma risulta essenziale per la valutazione delle informazioni istomorfometriche.

Il prelievo viene effettuato con ago specifico in anestesia locale a livello della cresta iliaca. Generalmente la procedura non è dolorosa e risulta sicura e ben tollerata. Le uniche segnalazioni relative a complicanze, peraltro < 1% dei casi, si limitano ad alcuni casi di ematoma locale e di dolore dopo il prelievo, che regredisce in alcuni giorni spontaneamente o con l'utilizzo di comuni analgesici quali paracetamolo+ codeina.

## CONSENSO

Io sottoscritto ..... accetto di sottopormi a biopsia ossea a scopo diagnostico presso questo Servizio.

Sono stato informato delle fasi di questa procedura, delle finalità della stessa e dei possibili rischi conseguenti a tale indagine e, rilevata la necessità di sottopormi all'esame, accetto la procedura diagnostica in questione e le eventuali manovre terapeutiche che il mio medico curante ritenga opportune. Mi impegno a seguire, dopo la procedura, per il tempo richiestomi, i comportamenti ed eventualmente i trattamenti che si dovessero rendere necessari.

**Il medico (Prof. Luca G. Dalle Carbonare)**

**Il Paziente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizzo/non autorizzo (sottolineare) il Personale Sanitario di questo Servizio ad utilizzare i miei dati personali in forma anonima e i risultati di questa indagine a scopo clinico e scientifico.

**Data**

**Il Paziente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



UNITÀ OPERATIVA CON SISTEMA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 - Certificato n. 194114