



DENSITOMETRIA ÓSSEA (DEXA)

INFORMAÇÃO E QUESTIONÁRIO

Imp_crm _____ Edição ____ Data ____/____/____

OBS N.º _____

Data ____/____/____

INFORMAÇÃO SOBRE O EXAME

A densitometria óssea (DEXA) é um exame simples e indolor, com a duração aproximada de 10 minutos, que avalia a massa óssea e ajuda a estimar o risco de fratura. Utiliza uma dose de radiação muito baixa e não usa produto de contraste.

- Deite-se de costas; o braço do aparelho passa por cima de si, sem o tocar.
- Preparação: não tome suplementos de cálcio no dia do exame (a alimentação normal é permitida); use roupa sem componentes metálicos no tronco (fechos, botões, soutien com aro).
- Se já fez densitometria, faça o seguimento no mesmo equipamento/clínica e traga o relatório anterior — só assim a comparação é fiável.
- Gravidez: o exame não se realiza em grávidas. A amamentação pode manter-se normalmente.

IMPORTANTE — exames com contraste recentes podem invalidar a densitometria. Informe-nos se, nas últimas semanas, fez exames com bário, contraste iodado (TC), contraste de ressonância, contraste oral, ou medicina nuclear / cintigrafia / PET. O mesmo se aplica à toma recente de Pepto-Bismol ou de antiácidos líquidos com alumínio.

Peso _____ kg Altura _____ m Data de nascimento ____/____/____ Sexo ____

Motivo/indicação do exame _____ Médico(a) requisitante _____

INTERFERÊNCIAS RECENTES

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Fez, nas últimas semanas, algum exame com contraste (bário, iodado, gadolínio ou contraste oral)?		
Fez, nas últimas semanas, medicina nuclear, cintigrafia ou PET?		
Tomou recentemente Pepto-Bismol ou antiácidos líquidos com alumínio?		

Se SIM, indique o exame e a data: _____

DENSITOMETRIA ANTERIOR

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Já fez densitometria óssea (DEXA)?		

Se SIM — data: ____/____/____ Onde (clínica/equipamento): _____

FATORES DE RISCO DE OSTEOPOROSE E FRATURA

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Já teve alguma fratura por fragilidade (após queda da própria altura)?		
O seu pai ou a sua mãe fraturou a anca?		
Fuma atualmente?		
Consome 3 ou mais bebidas alcoólicas por dia?		
Toma ou tomou corticoides em comprimidos durante 3 meses ou mais?		
Tem artrite reumatoide diagnosticada?		
Entrou na menopausa antes dos 45 anos?		
Tem diabetes tipo 1, doença da tiroide não tratada, doença hepática crónica, malabsorção, insuficiência renal ou hipogonadismo?		
Perdeu mais de 4 cm de altura ao longo da vida?		
Tem prótese ou material metálico na anca/coluna, escoliose ou cirurgia da coluna?		



Se teve fratura, indique o local e o ano: _____ Idade da menopausa: _____ anos

TERAPÊUTICA ATUAL

Assinale o que toma: cálcio ☐ vitamina D ☐ bifosfonatos/denosumab ☐ terapêutica hormonal/estrogénios ☐
inibidores da aromatase ☐

Outros medicamentos: _____

GRAVIDEZ

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Está grávida ou com possibilidade de gravidez?		

RESULTADOS (a preencher pelo serviço)

Região	DMO (g/cm ²)	T-score	T%(% ad. jovem)	Z-score	Z%(% idade)	Classificação (OMS)
Coluna lombar (L1–L4)						
Fémur (total)						
Colo do fémur						
Antebraço (1/3 rádio)						

Comparação com estudo anterior / observações: _____

Assinatura ou nome do(a) utente ou do(a) responsável legal	Data
	____ / ____ / ____
Na impossibilidade de ser o(a) utente a assinar — N.º de identificação	Grau de parentesco
Validado por (médico ou técnico radiologista)	Data
	____ / ____ / ____

Proteção de dados: os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à realização do exame, ao seu relatório e ao arquivo clínico, sendo tratados ao abrigo do RGPD (Regulamento (UE) 2016/679) e da Lei n.º 58/2019. Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação e demais previstos na lei junto da CRMA (encarregado de proteção de dados).