

ANKIETA DENSYTOMETRYCZNA		OPŁATA	
NR KARTOTEKI		ILOŚĆ ODCINKÓW	
		DATA BADANIA	
IMIĘ I NAZWISKO			
PESEL			
PEŁNY ADRES Z KODEM POCZTOWYM			
TELEFON			
PŁEĆ	K / M	WZROST	
CIAŻA	TAK / NIE	MASA CIAŁA	

**FRAX/10-letnie ryzyko złamań w przebiegu osteoporozy (czynniki ryzyka)
WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM**

• Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie, np:			
30 ml spirytusu/dzień	TAK / NIE		
120 ml wina/dzień	TAK / NIE		
1 szklanka piwa/dzień	TAK / NIE		
60 ml aperitif/dzień	TAK / NIE		
• Czy Pani/Pan pali papierosy?	TAK / NIE	Ile sztuk dziennie?	
• Menopauza przed 45 rż	TAK / NIE	W jakim wieku miała Pani ostatnią miesiączkę?	
• Przewlekła sterydoterapia - doustne stosowanie prednisonu przez okres powyżej 3 mies. w dawce \geq 5 mg/dzień			TAK / NIE
• Złamanie biodra u krewnych I° (matka, ojciec)	TAK / NIE		
Jakie?			
• Przebyte złamania w wyniku upadku z wysokości ciała lub niższej			TAK / NIE
Jakiej części ciała, w jakim wieku?			
• Przebyte u Pani/Pana złamania			
Kręgosłup (które kręgi)	TAK / NIE	Rok złamania	
Biodro	TAK / NIE	Rok złamania	
Nadgarstek	TAK / NIE	Rok złamania	
• Przebyte operacje z implantacją metalu (protezooplastyka biodra, stabilizacja kręgosłupa)			TAK / NIE
Rok operacji			
• Czy choruje Pani/Pan na osteoporozę/osteopenię?			TAK / NIE / NIE WIEM
Rok rozpoznania			
• Leki stosowane z powodu osteopenii lub osteoporozy			
Witamina D	TAK / NIE	Lek i dawka:	
Suplementy wapnia	TAK / NIE	Lek i dawka:	
Suplementy magnezu	TAK / NIE	Lek i dawka:	
Inne:			
• Osteoporozy wtórne, czy lekarz rozpoznał u Pani/Pana wymienione niżej schorzenia			
Wrodzona łamliwość kości	TAK / NIE	Rok rozpoznania	

Choroby towarzyszące i stosowane aktualnie leki

• Choroby układu krążenia			
Nadciśnienie tętnicze	TAK / NIE	Leki:	
Choroba niedokrwienna serca	TAK / NIE	Leki:	
Niewydolność serca (tętno > 80/min)	TAK / NIE	Leki:	
Zaburzenia rytmu serca	TAK / NIE	Leki:	
• Choroby przewodu pokarmowego			
Zapalenie błony śluzowej żołądka	TAK / NIE	Leki:	
Choroba wrzodowa żołądka	TAK / NIE	Leki:	
Choroba wrzodowa dwunastnicy	TAK / NIE	Leki:	
Refluks żołądkowo-przełykowy	TAK / NIE	Leki:	
Choroby zapalne jelit	TAK / NIE	Leki:	
Marskość, niewydolność wątroby	TAK / NIE	Leki:	
Celiakia (nietolerancja glutenu)	TAK / NIE	Leki:	

• Cukrzyca		TAK / NIE		
	Cukrzyca leczona lekami doustnymi	TAK / NIE	Leki:	
	Cukrzyca leczona insuliną	TAK / NIE		
• Choroby tarczycy				
	Nadczynność tarczycy	TAK / NIE	Leki:	
	Jodowanie	TAK / NIE	Leki:	
	Niedoczynność tarczycy	TAK / NIE	Leki:	
	Choroba Haschimoto	TAK / NIE	Leki:	
	Choroby przytarczyc	TAK / NIE	Leki:	
	Nadczynność przytarczyc	TAK / NIE	Leki:	
• Choroby nerek				
	Niewydolność nerek	TAK / NIE		
	Przeszczep nerki	TAK / NIE	Rok zabiegu	
• Nowotwory				
	Rak sutka P / L	TAK / NIE		
	Rak prostaty	TAK / NIE		
	Szpiczak mnogi	TAK / NIE		
	Inne nowotwory, jakie?	TAK / NIE		
	Radioterapia	TAK / NIE	Rok terapii	
	Chemioterapia	TAK / NIE	Rok terapii	
• Choroby reumatyczne				
	RZS	TAK / NIE	Leki:	
	ZZSK	TAK / NIE	Leki:	
	Toczeń trzewny układowy	TAK / NIE	Leki:	
	Inne, jakie?			
• Nieprawidłowe odżywianie i zaburzenia odżywiania				
	Anoreksja	TAK / NIE		
	Bulimia	TAK / NIE		
	Choroby OUN (ośrodkowego układu nerwowego)	TAK / NIE		
• Udar mózgu		TAK / NIE	Rok	
• Stosowane przewlekle leki				
	Heparyna drobnocząsteczkowa (np. Clexane, Fraxyparyna)	TAK / NIE		
	Sintrom, Acenocumarol, Xarelto	TAK / NIE		
	Hormony tarczycy	TAK / NIE		
	Leki przeciwdepresyjne	TAK / NIE		
	Leki przeciwpadaczkowe	TAK / NIE		
	Leki przeciwwirusowe	TAK / NIE		
	Inne			
• Aktywność ruchowa				
	Spacery	Codziennie	2x tydzień	1x tydzień
	Co najmniej	20min dziennie	Powyżej 30min dziennie	Powyżej 1h dziennie
	Inna aktywność ruchowa	Jaka?		
		Jak często?		

Wyrażam zgodę na badanie densytometryczne i rozumiem jego istotę.

Warszawa, data i podpis pacjenta

Badanie wykonał

Warszawa, data i podpis

Badanie opisał

Warszawa, data i podpis

Potwierdzam odbiór badania densytometrycznego

Warszawa, data i podpis pacjenta