

ANKIETA DENSYTOMETRYCZNA - SKRÓCONA

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?	
• Cukrzyca	TAK / NIE		
• Reumatoidalne zapalenie stawów	TAK / NIE		
• Przewlekła sterydoterapia - doustne stosowanie prednisonu przez okres powyżej 3 mies. w dawce ≥ 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			
• Osteoporozy wtórne, czy lekarz rozpoznał u Pani/Pana wymienione niżej schorzenia			
Wrodzona łamliwość kości	TAK / NIE	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:			

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