

Merjenje kostne gostote - Vprašalnik

Prosimo, odgovorite na spodnja vprašanja in pri tem uporabljajte velike tiskane črke.

Ime in priimek

Datum rojstva

Teža

Višina

Spol

M Ž

Vzrok napotitve na preiskavo

Datum predhodne preiskave

Diagnoza

ITM

(izpolni zdravnik)

Zlom kolka pri materi ali očetu?

DA NE

Ste doživeli zlom kosti pri manjši nezgodi (npr. pri padcu iz stojne višine)?

DA NE

Kolk DA NE Hrbtenica (vretenca) DA NE Zapestje, nadlaht, rebra, medenica DA NE

Se je vaša telesna višina zmanjšala za 4 cm ali več od mladosti?

DA NE

Ali redno uživate mleko in mlečne izdelke?

DA NE

Menopavza (starost)

Imate predpisano hormonsko nadomestno zdravljenje po menopavzi?

DA NE

Zdravljenje z glukokortikoidi (Medrol) več kot 3 mesece, kadarkoli?

DA NE

Če ste jemali kortikosteroide: koliko časa in kdaj nazadnje?

Ali se zdravite zaradi revmatoidnega artritisa?

DA NE

Ali imate ugotovljeno avtoimuno bolezen (npr. Hashimotov tiroiditis)?

DA NE

Imate ugotovljene ledvične kamne?

DA NE

Ali kadite?

DA NE

Pijete alkoholne pijače več kot dve enoti dnevno (več kot 5 dcl piva, 2 dcl vina, 0,6 dcl žgane pijače)

DA NE

Jemljete zdravila za osteoporozo?

DA NE

Če jemljete zdravila za osteoporozo navedite katera in koliko časa jih jemljete.

Jemljete vitamin D3?

DA NE

Jemljete kalcijeve nadomestke?

DA NE

Če jemljete kalcijeve dodatke: navedite dozo

Katera zdravila še jemljete?

Datum

Podpis