Merjenje kostne gostote - vprašalnik

Prosimo, da vprašalnik natančno in v celoti izpolnite s tiskanimi črkami, saj so podatki nujno potrebni za končni izvid, ki upošteva ne le merjenje mineralne kostne gostote, temveč tudi druge dejavnike. Brez točnih podatkov izvida ni mogoče kvalitetno zaključiti. V primeru nejasnosti glede izpolnjevanja vprašalnika se obrnite na inženirja radiologa. V primeru dodatnih vprašanj, ki bi bila pomembna za izvid, vas bomo poklicali po telefonu.

Ime in priimek _____ Tel: _____

Datum rojstva _____ Teža _____ Višina _____ Spol M ☐ Ž ☐

Vzrok napotitve na preiskavo _____

Datum predhodne preiskave _____

Diagnoza _____ ITM _____

1. Ali obstaja možnost, da ste noseči? ☐ Da ☐ Ne
2. Ali ste imeli rentgensko slikanje z barijem v zadnjih 2 tednih? ☐ Da ☐ Ne
3. Ali ste imeli v zadnjem tednu slikanje s kontrastnim sredstvom? ☐ Da ☐ Ne
4. Ali imate oz. ste kdaj imeli diagnozo hiperparatiroidizma ali povišano raven kalcija v krvi? ☐ Da ☐ Ne

Če ste na katero od prvih štirih vprašanj odgovorili z "da", se obrnite na inženirja, sicer izpolnite vprašalnik do konca.

5. Ali ste že kdaj opravili meritev kostne gostote? ☐ Da ☐ Ne
   Če ste odgovorili z »da«, kdaj in kje?
6. Ali ste v zadnjem času (leto ali manj) shujšali ali se zredili? ☐ Da ☐ Ne
   Če ste odgovorili z »da«, opišite:
7. Vaša najvišja telesna višina (v pozni mladosti ali zgodnji odraslosti): _____ cm
8. Ali ste že kdaj utrpeli zlom kosti? ☐ Da ☐ Ne
   Če »da«, zlom katere kosti, kdaj in kako je do zloma prišlo (padec s stojne višine/udarec/...):
9. Ali si je kateri od vaših bioloških staršev zlomil kolk ob padcu s stojne višine? ☐ Da ☐ Ne
10. Kolikokrat ste padli v zadnjem letu?
11. Ali ste že kdaj imeli operacijo hrbtenice, kolkov, nog ali rok? ☐ Da ☐ Ne
    Če ste odgovorili z »da«, kakšno, na katerem delu telesa, na kateri strani in kdaj?

Nadaljujte na naslednji strani

12. Ali imate postavljeno diagnozo revmatoidni artritis? ☐ Da ☐ Ne

13. Ali trenutno jemljete ali ste v preteklosti jemali glukokortikoidna zdravila, to so tablete s prednizonom (Medrol) ali hidrokortizonom?

☐ Da, trenutno jemljem

☐ Da, v preteklosti sem jemal(a)

☐ Ne

Če ste odgovorili z »da«, (od) kdaj in koliko časa?

V kakšnem odmerku?

mg / dan ali teden

14. Navedite vse kronične bolezni, ki jih imate in zdravila, ki jih redno prejemate:

15. Ali ste bili zdravljeni s katerim od zdravil proti osteoporozi?

☐ Da, trenutno prejemam zdravilo:

Koliko časa?

☐ Da, sem prejemal(a), a ne prejemam več:

od leta do leta

☐ Ne

16. Ali redno uživate mlečne izdelke? ☐ Da ☐ Ne

17. Ali jemljete dodatke kalcija? ☐ Da ☐ Ne

18. Ali jemljete dodatke vitamina D? ☐ Da ☐ Ne

19. Ali kadite? ☐ Da ☐ Ne

20. Ali redno uživate alkoholne pijače? ☐ Da ☐ Ne

Samo za ženske:

21. Ali še imate menstruacije? ☐ Da ☐ Ne

22. Ali ste že v menopavzi? ☐ Da ☐ Ne
Če da, pri kateri starosti je nastopila?

23. Ali ste prejemali nadomestno hormonsko zdravljenje? ☐ Da ☐ Ne
Če da, kako dolgo in kdaj?

24. Ali ste imeli histerektomijo (odstranitev maternice)? ☐ Da ☐ Ne
Če da, pri kateri starosti?

25. Ali so vam odstranili oba jajčnika? ☐ Da ☐ Ne
Če da, pri kateri starosti?

Najprej izpolnite prejšnjo stran