



KWESTIONARIUSZ WIZYTA PRZESIEWOWA

Data wypełnienia kwestionariusza.....

Imię i nazwisko pacjentki.....

Data urodzenia pacjentki.....

Waga.....Wzrost.....BMI.....

Czynniki ryzyka złamań	Zaznaczyć X jeśli występują	Uwagi
Przebyte złamania niskoenergetyczne		
Złamanie bliższego końca kości udowej u jednego z rodziców		
Glikokortykosteroidy <i>Przyjmowanie glikokortykosteroidów przez dłużej niż trzy miesiące w dawce równoważnej >5 mg prednizonu.</i>		
Reumatoidalne zapalenie stawów		
Wtórna osteoporoza <i>Schorzenia silnie związane z osteoporozą, np. cukrzyca typu I (insulinozależna), wrodzona łamliwość kości u dorosłych, nieleczona przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesna menopauza (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania, przewlekła choroba wątroby.</i>		
Spożycie alkoholu <i>Spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie.</i>		
Aktualne palenie tytoniu		

Wynik FRAX.....

WYNIK FRAX dla b. końca kości udowej (biodro, „hip”).....

Czy jest dokonane złamanie niskoenergetyczne TAK / NIE

Jeśli tak to jakiego miejsca.....

Kryteria wystawiania skierowania:

- Obecność czynników ryzyka złamań wg FRAX $\geq 5\%$ oraz inne czynniki ryzyka złamań jeśli występują
- FRAX $\geq 10\%$ dla złamań głównych
- FRAX dla b. końca kości udowej (biodro, „hip”) $\geq 3\%$
- Obecność dokonanego złamania niskoenergetycznego.

.....
Podpis i pieczęć lekarza POZ/ osoby wykonującej badanie diagnostyczne