

WYWIAD – badanie gęstości kości i składu ciała

Data wywiadu:

Podane informacje są poufne i wykorzystywane tylko w celach naukowych

1. Imię i nazwisko		2. Wieklat	
3. Data urodzenia:		4. Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
5. Czy jesteś w ciąży?		☐ Tak	☐ Nie
6. Czy w ostatnich 2 tygodniach miałeś/łaś RTG kontrastowe układu pokarmowego?		☐ Tak	☐ Nie
7. Czy w ostatnim tygodniu miałeś/łaś zdjęcie z użyciem izotopu lub kontrastu radioaktywnego?		☐ Tak	☐ Nie
8. Czy miałeś/łaś nadczynność przytarczyc lub wysoki poziom wapnia we krwi?		☐ Tak	☐ Nie
9. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś badanie gęstości kości?		☐ Tak	☐ Nie
Jeśli Tak, to kiedy i gdzie?			
10. Czy zauważyłeś ostatnio gwałtowne zmiany masy ciała?		☐ Tak	☐ Nie
Jeśli TAK, z czym były związane?			
11. Twój najwyższy wzrost (koniec dorastania i dojrzewania →cm			
12. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś złamanie kości?		☐ Tak	☐ Nie
Która kość?	W jakich okolicznościach?	W jakim wieku?	
.....			
13. Czy rodzic lub rodzeństwo miało złamane biodro w wyniku niegroźnego, zwykłego upadku lub uderzenia?		☐ Tak	☐ Nie
14. Czy rodzic lub rodzeństwo miał innego rodzaju złamania kości w wyniku niegroźnego, zwykłego upadku lub uderzenia?		☐ Tak	☐ Nie
15. Ile razy zdarzyło Ci się upaść w ciągu ostatniego roku?razy			
16. Czy kiedykolwiek miałeś operację kręgosłupa, bioder, nóg lub ramion?		☐ Tak	☐ Nie
Jeśli TAK, proszę opisać, jaki rodzaj zabiegu trzeba było wykonać i której strony ciała dotyczyła			
.....			
17. Czy obecnie lub wcześniej zażywałeś prednizon (kortyzon, encorton) w tabletkach?			
☐ Tak, obecnie		☐ Tak, wcześniej	☐ Nie
Jeśli TAK, jak długo?		Jaka jest/była dawka?	(mg lub tabletek dziennie)
18. Czy obecnie przyjmujesz lub wcześniej przyjmowałeś którykolwiek z następujących leków?			
		Jak długo?	
18.1 Przeciw atakom epilepsji	☐ Nie ☐ Tak		
18.2 Chemioterapia raka	☐ Nie ☐ Tak		
18.3 Na raka prostaty	☐ Nie ☐ Tak		
18.4 Zapobiegające odrzuceniu przeszczepu	☐ Nie ☐ Tak		

19. Czy byłeś leczony którymkolwiek z poniższych leków? (zaznacz, jeśli TAK)

	Kiedykolwiek?	Obecnie?	Jeśli obecnie - jak długo?
Estrogen (Terapia Hormonalna)			
Tamoksyfen (<i>Tamoxifen</i>)			
Raloxifen (<i>Evista</i>)			
Testosteron			
Kwas etidronowy (<i>Didronel/Didrocal, Difosfen, Ostedron</i>)			
Kwas alendronowy (<i>Alenato, Alendran, Alendrogen, Alendronat, Alendronate Arrow, Fosamax, Ostodronic, Sedron</i>)			
Kwas ibandronowy (<i>Bodenza, Bondronat, Bonviva, Ibandronat, Osagrand, Ossica, Ostemax, Ostenil, Ostolek, Ostone</i>)			
Kwas rizedronowy (<i>Actonel, Risedros</i>)			
Pamidron dożylnie (<i>Aredia, Pamidronat, Pamifos, Pamisol, Pamitor</i>)			
Kwas kłodronowy (<i>Bonefos, Ostac</i>)			
Kalcytonina (<i>Miacalcin - spray do nosa</i>)			
PTH (<i>Forteo</i>)			
Kwas zoledronowy (<i>Acidum Zoledronicum, Fayton, Osporil, Symdronic, Zometa, Zomikos</i>)			
Fluorek sodu (<i>Fluossen, Fluotic</i>)			

20. Ile porcji wymienionych poniżej produktów jesz/pijesz dziennie (średnio)?

	Mleko (pełen kubek)	Sok pomarańczowy wzbogacony wapniem (pełen kubek/szklanka)	Jogurt (mały pojemnik lub ½ kubka)	Sery
Liczba porcji →				

21. Czy przyjmujesz jakieś suplementy wapnia (w tym TUMS)?☐ Tak☐ Nie**22. Czy przyjmujesz jakieś suplementy witaminy D (w tym multiwitaminy i olej z wątroby halibuta)?**☐ Tak☐ Nie

Podpis osoby badanej

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!

Przekaż kwestionariusz osobie prowadzącej badanie.

Gęstość kości i skład ciała