**Dotazník k denzitometrickému vyšetření**

pomůže nám při hodnocení Vašeho nálezu, prosíme o jeho vyplnění (zaškrtnutí údaje) a předání zdravotní sestře před vyšetřením

1. Prodělal/a jste někdy zlomeninu ? ANO - NE

 pokud ano, ve které lokalitě : kyčel – kotník – ruka – žebra - jiná

 2. Podstoupil/a jste operaci páteře nebo náhradu kyčelního

 kloubu ? ANO - NE

3. Měl některý z Vašich rodičů osteoporózu

 (zlomeninu stehenní kosti ) ? ANO - NE

4. Máte bolesti zad ? ANO – NE

5. Máte některé z těchto obtíží ? pálení žáhy

 zácpa

 průjem

 ledvinné kameny

6. Jaké léky užíváte ? Stačí vyjmenovat, dávkování není třeba.

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

7. Užíval/a jste někdy Prednison, Medrol, léky pro onemocnění prsu (antiestrogeny) ? ANO – NE

8. Léčíte se na revmatologii ?

9. Pro ženy : pokud jste po přechodu, od kolika let ? …………………………………….

Za vyplnění děkuji, s výsledky denzitometrie se ozveme Vašemu odesílajícímu lékaři.

MUDr. Pavla Řehořková, Ph.D.