

Underlag osteoporosutredning

Underlaget är en viktig del i Din osteoporosutredning. Fyll i detta och ta med det till Ditt besök. Om det finns frågor som är svåra att svara på så hjälper vi Dig. [Vänligen använd bläckpenna.](#)

Namn:

Personnummer:

Har Du, i vuxen ålder, råkat ut för fraktur i någon av följande kroppsdelar?

- | | | | |
|--|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Ryggkota | Årtal: | <input type="checkbox"/> Handled höger | Årtal: |
| <input type="checkbox"/> Handled vänster | Årtal: | <input type="checkbox"/> Höftled höger | Årtal: |
| <input type="checkbox"/> Höftled vänster | Årtal: | <input type="checkbox"/> Överarm höger | Årtal: |
| <input type="checkbox"/> Överarm vänster | Årtal: | | |

Annan fraktur, vilken?

Har/Hade Din mor eller far, före 80 års ålder ådragit sig fraktur i:

- Höftled Ryggkota Handled

Hur lång har Du varit som längst?

..... cm

Hur många **deciliter** mjölk, fil och yoghurt dricker Du dagligen?

..... dl

Vikt som ung vuxen (20-30år):

Ca kg

Hur många skivor ost äter Du dagligen?

..... st

Noteringar Osteoporosmottagning, ifylles av sjuksköterska

Längd:

Vikt:

Kalcium:

Vårdcentral:

BMI:

VAR GOD VÄND

Namn:

Personnummer:

Rökvanor

Aldrig rökt

Tidigare rökt

Rökare

Slutade vid ålder:
Började vid ålder:

Började vid ålder:

Slutade vid ålder:

Slutade vid ålder:

Antal cigaretter per dag

Antal cigaretter per dag

Har Du haft ryggsmärta senaste tre åren?

Ja

Nej

Vad har Du arbetat med?

.....
.....

Hur många gånger per vecka motionerar Du minst 30 minuter på fritiden?

Antal gånger:

Typ av aktivitet:

Hur många gånger har Du fallit senaste året?

Antal gånger:

Använder Du eller har Du använt något av följande läkemedel

Veckotablett mot
benskörhet

Insatt år

Slutat år

Namn

.....

Evista/raloxifen

Insatt år

Slutat år

Aclasta/zoledronsyra

Insatt år

Slutat år

Namn:

Personnummer:

<input type="checkbox"/> Prolia	Insatt år	Slutat år
<input type="checkbox"/> Kalcium	Insatt år	Slutat år
<input type="checkbox"/> D-vitamin	Insatt år	Slutat år
<input type="checkbox"/> Östrogen	Insatt år	Slutat år
För vilka besvär?		
<input type="checkbox"/> Kortison	Insatt år	Slutat år
<input type="checkbox"/> Övriga mediciner		

Har Du någon av följande sjukdomar?

- Diabetes Sköldkörtelsjukdom Glutenintolerans
 Ulcerös kolit Morbus Crohn Laktosintolerans
 Reumatoid artrit Astma/KOL
 Annan kronisk sjukdom.....

Om Du redan svarat på frågorna nedan vid tidigare besök på osteoporosmottagningen och inget har förändrats kan du bortse från blanketten.

För kvinnor

Namn:

Personnummer:

Vilken ålder gick Du in i klimakteriet

Har Du haft utebliven menstruation under minst 6 månader under fertil ålder? (förutom graviditet)

När jag var år

Ja

Nej

Har ej gått in i klimakteriet

Har äggstockarna eller livmodern opererats bort?

Nej

Ja, livmodern

Ja, äggstockarna

Ja, en äggstock

Om Ja vid vilken ålder:

.....

Har Du använt p-spruta eller p-stavar?

Ja

Nej

Om ja hur länge?