

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME MOC**

Affinché l'esame sia tecnicamente accettabile e clinicamente informativo le chiediamo di rispondere a delle semplici domande:

<b>GENERALITA'</b>					
- Nome e Cognome:					
- Data di nascita:		- Sesso:		<b>M</b>	<b>F</b>
- Altezza:	- Peso:		- Etnia:	<b>B</b>	<b>N</b>
- Data di oggi:		- Età della menopausa:			

<b>ANAMNESI ESSENZIALE</b>		
- Precedenti di frattura all'anca o alle vertebre?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- In età adulta ha subito fratture spontanee <u>non</u> provocate da traumi significativi?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Uno dei genitori ha avuto una frattura dell'anca?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Fuma?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Ha fatto terapie glucorticoidiche (farmaci a base di cortisone)? Se SI, per quanto tempo? _____	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Soffre di Artrite Reumatoide?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Soffre di Osteoporosi Secondaria (derivante dalla presenza di un'altra patologia e/o assunzione di determinati farmaci)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Beve più di 3 bicchieri di bevande alcoliche al giorno?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Esegue o ha eseguito nel passato cure per l'osteoporosi?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<b>INFORMAZIONI GENERALI ANAMNESTICHE</b>				
- Ha eseguito in precedenza esami MOC?		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
- Si presentano le seguenti condizioni?				
<input type="checkbox"/> Disturbi dell'alimentazione	<input type="checkbox"/> Disordini epilettici	<input type="checkbox"/> Malattie infiammatorie dell'intestino		
<input type="checkbox"/> Asma o enfisema	<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/> Insufficienza renale grave		
<input type="checkbox"/> Iper paratiroidismo	<input type="checkbox"/> Isterectomia			
- Esegue regolarmente esercizi di sollevamento pesi?		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
- Consuma quotidianamente prodotti caseari (es. latte, yoghurt, formaggio)?		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
- Assume Vitamina D?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	- Assume Calcio?	<b>SI</b>
<i>Se paziente donna</i>				
- A che età ha avuto la prima mestruazione? _____				
- È in premenopausa?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	- Quante gravidanze a termine? _____	
- Ha mai saltato il ciclo per più di 6 mesi consecutivi (esclusa la gravidanza)?			<b>SI</b>	<b>NO</b>

Firma del/la Paziente

\_\_\_\_\_