

Centro Osteopatie Metaboliche

Gentile Signora/Signore,

il rischio di sviluppare osteoporosi dipende da diversi fattori, rispondendo alle seguenti domande ci consentirà di valutarLa meglio.

Le ricordiamo che le risposte al questionario saranno strettamente riservate rientrando, come ogni atto medico, nel segreto professionale. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE, i dati raccolti con il presente modulo saranno trattati dall'E.O. Ospedali Galliera, titolare del trattamento, solo per finalità di diagnosi e cura del paziente ivi compresa la gestione degli appuntamenti, per il tempo allo scopo necessario fatta salva l'ulteriore conservazione delle informazioni trasferite nei nostri sistemi informatici. Sui dati conferiti, l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento rivolgendosi alla sede del titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre contattabile all'indirizzo rpdp@galliera.it. Il testo completo delle informazioni ex art. 13 dell'Ente è affisso nei nostri locali ed è sempre reperibile nella pagina "Privacy" del sito istituzionale www.galliera.it.

COGNOME:

NOME:

Data di nascita:

 / /

Luogo di nascita

Telefono:

Email:

Medico curante:

Peso: **kg**

Altezza: **cm**

PER LE DONNE (La invitiamo a segnalarci se in età fertile o in stato di gravidanza)

A che età ha avuto la prima mestruazione? **anni**

Com'è il suo ciclo mestruale? (se è in menopausa, com'era)

Rregolare

Irregolare

Assenza per più di 6 mesi

Ha avuto gravidanze?

Sì

No

Quanti figli ha?

Ha allattato?

Sì

No

Quanti mesi in totale?

È in menopausa?

Sì

No

A che età?

Che tipo di menopausa ha avuto?

Fisiologica

Chirurgica

Indotta

Attività fisica

Attività domestiche	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	Ore alla settimana	<input type="text"/>
Camminare	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	Ore alla settimana	<input type="text"/>
Sport o altra attività fisica	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	Ore alla settimana	<input type="text"/>

- **Ha mai fumato?** Mai ex-fumatore fumatore
Numero di sigarette al giorno per un numero totale di anni

Ha mai avuto fratture dopo i 40 anni? Sì No

sede <input type="text"/>	in seguito a caduta accidentale?	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
sede <input type="text"/>	in seguito a caduta accidentale?	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
sede <input type="text"/>	in seguito a caduta accidentale?	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

I suoi genitori si sono mai fratturati? Sì No

Fratture madre Vertebre Femore Altro

Fratture padre Vertebre Femore Altro

Ha avuto cadute nell'ultimo anno? Sì No **Quante?**

Le è capitato di rimanere immobile a letto o su sedia per un periodo continuativo di almeno 30 giorni? Sì No

PATOLOGIE IN ATTO O AVUTE IN PASSATO (segnare)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide o altre connettiviti | <input type="checkbox"/> Ipercalciuria idiopatica |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Altre neoplasie (tumori) |
| <input type="checkbox"/> Bronchite cronica, enfisema | <input type="checkbox"/> Problemi tiroidei |
| <input type="checkbox"/> Malattia cronica infiammatoria intestinale | <input type="checkbox"/> Emopatie |
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Insufficienza renale |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Epilessia |
| <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla | <input type="checkbox"/> Epatopatie croniche |
| <input type="checkbox"/> Grave disabilità motoria | <input type="checkbox"/> Anoressia nervosa |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia prostatica | <input type="checkbox"/> Mieloma multiplo |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia mammaria | |
| <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> | |

TERAPIA IN ATTO O ASSUNTA IN PASSATO

Indichi se ha assunto o assume terapie per l'osteoporosi e da quanto tempo circa

TIPO DI FARMACO	DA	PER QUANTO TEMPO
Alfacalcidolo (es. Diserinal)		
1,25 OH D3 (es. Rocaltrol, Calcitriolo)		
Calcifediolo (es. Didrogyl, Neodidro)		
Colecalciferolo (es. Annister, Dibase, Xarenel)		
Calcio (es. Cacit, calciobase)		
Calcio + Vit D (es. Natecal D3, alkalos, Rock D3)		
Alendronato (es. Dralenos, Binosto, Bonasol)		
Alendronato+Vit D3 (es. Vantavo, Fosavance)		
Clodronato (es. Clody, Niklod, Clasteon)		
Risedronato (es. Actonel, Medeoros)		
Denosumab (Prolia)		
Teriparatide (Forsteo, Movymia)		
Zoledronato (Aclasta)		
Cortisone		
Blocco ormonale in neoplasia mammaria o prostatica es enantone, casodex, decapeptyl, letrozolo, exemestane		
Antiepilettici		
Antivirali		
Antidepressivi		
Gastroprotettori		
Ormoni tiroidei		
Altro:		

ALIMENTAZIONE

Consumo di latte durante il giorno

Tazze N°

Bicchieri N°

Cappuccini N°

Consumo di yogurt durante la settimana Yogurt piccoli (125gr) N°

Consuma formaggi? (escluso il formaggio grattugiato sui primi) Sì No**Tipo di formaggio****Quante volte alla settimana e in che quantità**

Parmigiano, grana, gruviera, emmenthal

Fontina, gouda, pecorino, cheddar, caciocavallo

Brie, camembert, Roquefort, Bleu

Gorgonzola, taleggio, stracchino, crescenza, feta

Mozzarella, ricotta

Mette il formaggio sul primo? Sì No**Se sì, quante volte/sett?****Segnare gli alimenti che mangia regolarmente (almeno 1 volta alla settimana):** tahini fichi secchi vongole acciughe tofu albicocche secche spinaci gamberi mandorle arance uova polpo fagioli bevanda vegetale (es. soya) fortificata con calcio broccoli calamari aringa pesce spada salmone tonno**Quanta acqua assume in media al giorno?****e di che tipo:** acqua del rubinetto Lete, San Gemini Lurisia, San Bernardo, Fiuggi, Levissima, Panna, Vera Ferrarelle, San Faustino Boario, Santa Lucia, Fabia Hepar, Coumayeur Uliveto, San Pellegrino, San Martino altra**• Indichi qual è il suo consumo abituale di alcolici:**

Vino (bicchieri/die)

Birra (lattine/die)

Aperitivi die

• Qual è il suo consumo abituale di caffè: N° tazzine al giorno