

ŽIADANKA DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE

Meno a priezvisko:			
Rodné číslo:		Telefón:	
Adresa:			
Diagnóza:		Vek:	
Výška: cm	Váha: kg

INDIKÁCIA PRE DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE (zaškrtnite):

- Deficit estrogénov** – prolongovaná sekundárna amenorea (>1rok), primárny hypogonadizmus
- Liečba kortikoidmi** – dávka 5 mg Prednisonu a viac /event. ekvivalent/, ktorej trvanie sa predpokladá viac ako 3 mesiace je indikáciou na zmeranie kostnej denzity ešte pred začatím liečby
- Fraktúra** – femur, chrbtica, predlaktie po neadekvátnej traume alebo recidivujúce fraktúry
- Nízky body mass index (BMI < 19 kg/m²)**
- Ochorenia asociované s osteoporózou**
 - Anorexia nervosa
 - Malabsorpcia, celiakia
 - Cystická fibróza
 - Diabetes mellitus
 - Primárna hyperparatyreóza
 - Difúzne ochorenia spojiva
 - JIA
 - Chronické zápalové ochorenie čreva
 - Post-transplantačný syndróm
 - Chronická renálna insuficiencia
 - Hypertyreóza
 - Prolongovaná imobilizácia
 - Cushingov syndróm
 - Chronické hepatopatie
 - Myeloproliferatívne ochorenia
 - Genetické a iné metabolické ochorenia kostí
- Podозrenie na osteoporózu z RTG snímky, alebo nález vertebrálnej deformity**
- Významná strata výšky alebo torakálna kyfóza**

ŽIADANKA DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE

- Monitoring liečby antiporotikami**
- Chronické užívanie liekov**
- antikoagulanciá
 - antiepileptiká
 - tyroidálne hormóny
 - imunosupresíva
 - cytostatiká
- Iné:**

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE (nutné vyplniť):

UŽÍVANIE VITAMÍNU D:			
<input type="checkbox"/> Nie			
<input type="checkbox"/> Áno	Dávka	Prípravok:	
OBMEDZENIE V STRAVE:			
<input type="checkbox"/> Nie			
<input type="checkbox"/> Áno	Aké?		
FRAKTÚRA V MINULOSTI:			
<input type="checkbox"/> Nie			
<input type="checkbox"/> Áno	Ak áno, upresnite typ, počet a čas:		
AKTUÁLNA LIEKOVÁ ANAMNÉZA:			
LABORATÓRNE PARAMETRE (nie staršie ako 3 mesiace):			
Hladina vit. D:		ALP:	
Minerály v sére:	Ca:	P:	Mg:
PREDCHÁDZAJÚCE DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE:			
<input type="checkbox"/> Nie			
<input type="checkbox"/> Áno	Dátum posledného vyšetrenia:		
<i>Pozn: Ak bolo vyšetrenie realizované na inom pracovisku, je nutné priniesť k vyšetreniu výsledok.</i>			

.....
Dátum

.....
Meno lekára a pečiatka