**Dotazník na rizikové faktory osteoporózy**

**Jméno:**  **Datum narození:**

Váha: kg Aktuální výška: cm Nejvyšší dosažená výška v dospělosti: cm

Zaznamenal/a jste v poslední době změnu váhy? O kolik kg?……………………………………………. Ano Ne

Kouříte nebo jste kouřil/a? Ano Ne

Pokud ano, jak dlouho a kolik cigaret denně?………................................................................................…

Konzumujete alkohol? Ano Ne

Pokud ano, jaký druh, jak často a jaké množství?.……………………............................................................…

Konzumujete denně mléčné výrobky? Ano Ne

Pijete černou kávu? Kolikrát denně?…………………………………………………………………………………. Ano Ne

Máte dostatek pravidelného pohybu? Ano Ne

Máte sklon k pádům? Ano Ne

Byla již u vás diagnostikována osteoporóza (řídnutí kostí)? Ano Ne

Pokud ano, kdy a kde?………………………………………………………………………………………………………………………….

Bylo již u vás někdy provedeno denzitometrické vyšetření (vyšetření kostní hmoty)? Ano Ne

Pokud ano, kdy a kde?………………………………………………………………………………………………………………………….

Měl/a jste někdy nějakou zlomeninu? Ano Ne

Pokud ano, která kost byla zlomená a v kolika letech?………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Byla u vašich rodičů či sourozenců diagnostikována osteoporóza? Ano Ne

Pokud ano, u koho?………………………………………………………………………………………………………………………………

Utrpěl někdo z rodičů či sourozenců zlomeninu? Ano Ne

Pokud ano, zaškrtněte lokalitu: obratel kyčel předloktí žebra jiné

Měla vaše matka nebo sestra rakovinu prsu nebo gynekologického orgánu? Ano Ne

Užíval/a jste v poslední době kortikoidy (např. Medrol, Prednison, Hydrokortizon)? Ano Ne

Pokud ano, který preparát, v jaké dávce, jak dlouho?.......................................................................……..

Užíval/a jste někdy medikaci na osteoporózu (např. Fosamax, Fosavance, Bonviva, Actonel, Bonefos, Aclasta, Prolia, Evista, Forsteo…...)? Ano Ne

Pokud ano, jakou, jak dlouho a do kdy?………………………………………………………………………………………………..

Užíváte vápník a vitamínu D? Ano Ne

Užíval jste někdy léky na karcinom prostaty? Ano Ne

Uveďte léky, které chronicky užíváte (soupis): …………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podstoupil/a jste někdy onkologickou léčbu (radioterapii a chemoterapii)? Ano Ne

Počet těhotenství? .............................… Kojila jste? Ano Ne Jak dlouho?............................………..

Bylo u vás provedeno odstranění dělohy? Ano Ne

Bylo u vás provedeno odstranění vaječníků - jednostranné, oboustranné? Ano Ne

Jste již po menopauze? Pokud ano, v kolika letech? …………..……..……………………………………… Ano Ne

Užívala jste hormonální substituci estrogenů? Ano Ne

**Prodělaná a současná onemocnění:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Léčíte se s poruchou trávení či vstřebávání (m. Crohn, ulcerosní kolitida, chronická pankreatitida, céliakie)? | Ano | Ne |
| Máte alergii na mléčné výrobky, intoleranci laktózy? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro onemocněním ledvin? Pro močové kameny? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro onemocnění srdce? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro vysoký krevní tlak? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro onemocněním jater? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro nádorové onemocnění? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro onemocnění štítné žlázy? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro onemocnění příštitných tělísek? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro diabetes mellitus? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro epilepsii? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro vředovou chorobu žaludku? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro astma bronchiale? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro myastenia gravis? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro revmatoidní artritidu? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro roztroušenou sklerózu? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro jiné autoimunitní onemocnění? | Ano | Ne |
| Jste po transplantaci orgánu? | Ano | Ne |
| Prodělal/a jste hlubokou žilní trombózu, plicní embolii? | Ano | Ne |
| Léčíte se pro bolesti zad? | Ano | Ne |