



**RHODE ISLAND MEDICAL IMAGING**  
Questionário sobre a história clínica do doente DEXA

Nome: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

ID do doente: \_\_\_\_\_ SEXO:  F  M

Altura atual: \_\_\_\_\_ polegadas Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ lb Etnia: \_\_\_\_\_

Idade na menopausa: \_\_\_\_\_ Médico referenciador: \_\_\_\_\_

1. Já alguma vez sofreu uma fratura da anca, vertebral, do sacro ou do cóccix?  Sim  Não
2. Alguma vez sofreu fraturas em adulto que não tenham sido provocadas por traumatismos graves como, por exemplo, acidentes rodoviários?  Sim  Não
3. Alguma vez teve uma fratura da anca? E os seus pais?  Sim  Não
4. É fumador?  Sim  Não
5. Já alguma vez tomou esteroides não tópicos (orais ou inalados), incluindo glucocorticoides?  Sim  Não
6. Sofre de artrite reumatoide?  Sim  Não
7. Sofre de osteoporose secundária?  Sim  Não
8. Ingere 3 ou mais bebidas alcoólicas por dia?  Sim  Não
9. Está a receber tratamento para a osteoporose?  Sim  Não
10. Alguma vez tomou, ou está a tomar, algum dos seguintes medicamentos?
 

<input type="radio"/> Actonel (risedronato)	<input type="radio"/> Boniva (ibandronato)
<input type="radio"/> Evista (raloxifeno)	<input type="radio"/> Forteo (hormona paratiróide)
<input type="radio"/> Fosamax (alendronato)	<input type="radio"/> ERT/HRT (terapêutica com estrogénio/hormonas)
<input type="radio"/> Miacalcin (calcitonina)	<input type="radio"/> Protelos (ranelato de estrôncio)
<input type="radio"/> Reclast (zoledronato)	<input type="radio"/> Prolia (denosumab)
<input type="radio"/> Vitamina D	<input type="radio"/> Cálcio
<input type="radio"/> Outros — especificar: _____	
11. Sofre de algum dos seguintes problemas de saúde?:
 

<input type="radio"/> Anorexia ou bulimia	<input type="radio"/> Crises convulsivas
<input type="radio"/> Asma ou enfisema	<input type="radio"/> Cancro
<input type="radio"/> Síndrome de Cushing	<input type="radio"/> Doença renal em fase terminal
<input type="radio"/> Hiperparatiroidismo	<input type="radio"/> Histerectomia/remoção dos ovários
<input type="radio"/> Doenças intestinais inflamatórias	<input type="radio"/> Menopausa prematura/falência ovárica
	<input type="radio"/> Vaginite atrofica
12. Qual foi a sua altura máxima (polegadas)?
13. Pratica regularmente exercício com pesos?  Sim  Não
14. Ingere regularmente produtos lácteos?  Sim  Não
15. Consome bebidas com cafeína?  Sim  Não

**INDIVÍDUOS DO SEXO FEMININO:**

16. Com que idade teve o primeiro período menstrual? \_\_\_\_\_
17. Com que idade teve o período menstrual pela última vez? \_\_\_\_\_
18. Está na menopausa?  PRÉ  PERI  PÓS
19. Quantas gravidezes de termo teve? \_\_\_\_\_