

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À DENSITOMETRIA ÓSSEA

1-Nome:.....

2-Idade:.....anos

3-Endereço:.....

Bairro:.....cidade:.....

4-Sexo: ()feminino ()masculino

5-Peso:.....kg

6-Já entrou na menopausa ? () não () sim = com que idade?.....

7-Teve alguma fratura óssea depois dos 40 anos? () não () sim onde?.....

8-Faz reposição de hormônios? () não () sim = há quanto tempo?.....

9-Usa bebida alcoólica diariamente? () não () sim

10-Fuma? () não () sim = quantos cigarros por dia?.....

11-Pratica alguma atividade física? () não () sim = qual?.....

12-Tem alguma doença crônica na família? () não () sim
que grau de parentesco e qual doença?.....

13-Come / bebe diariamente leite e/ou derivados do leite? () não () sim

14-Usa algum medicamento de reposição de cálcio? () não () sim = qual?.....

15-Usa algum medicamento de reposição de vitamina D? () não () sim = qual?.....

16-Usa algum outro medicamento (para hipertensão, diabetes, anticoncepcional, etc)?
() não () sim = qual(s).....

17-Tem alguma doença na tireóide? () não () sim = qual?.....

18-Tem alguma doença intestinal? () não () sim = qual?.....

19-Tem alguma outra doença crônica (hipertensão arterial, diabetes, enfisema, artrite reumatóide, etc)?
() não () sim = qual(s).....

Para uso do técnico:

1= identificação do exame:.....

2= data da realização do exame:...../...../.....

3= convênio:.....