



Dipartimento Area dei Servizi  
S.C. MEDICINA NUCLEARE – Direttore M. Castellani

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI MINERALOMETRIA  
OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC-DXA)

VALUTAZIONE RISCHIO DI FRATTURA SECONDO L'ALGORITMO FRAX®

(TBS: .....)

Cognome..... Nome.....  
Data di nascita ...../...../..... Recapito telefonico:.....  
Età di eventuale menopausa ..... Altezza .....cm Peso ..... Kg

**Nazione di origine:** .....

L'algoritmo FRAX® è lo strumento di calcolo del rischio di frattura validato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, utile a fornire una stima del rischio fratture da fragilità nei prossimi dieci anni.

**Al fine di fornirLe un'indagine MOC completa e corredata da tale dato, Le poniamo i seguenti quesiti:**

<p><b>1. Ha mai subito, da adulto, una frattura derivata da un trauma modesto?</b> <i>(traumi che, in un individuo sano, non avrebbero probabilmente causato una frattura, come una banale caduta dalla posizione eretta).</i> <b>INDICARE ANNO E LA SEDE DELLE FRATTURE:</b> .....</p>	NO	SI	Non so
<p><b>2. Uno dei suoi genitori si è mai fratturato il femore in seguito ad un trauma modesto?</b> <i>(es. una banale caduta dalla posizione eretta).</i></p>	NO	SI	Non so
<p><b>3. Lei è un fumatore/fumatrice abituale? Se sì, quante?</b></p>	NO	SI	ex da ... anni
<p><b>4. Ha mai assunto cortisonici (es. prednisolone) in compresse per più di tre mesi?</b> <i>(Segni SI se assunti per più di tre mesi ad una dose di 5mg al giorno o più)</i> <b>QUANDO L'ULTIMA ASSUNZIONE? .....</b> <b>PER QUALE PATOLOGIA? .....</b></p>	NO	SI	Non so
<p><b>5. Le è mai stata diagnosticata una patologia REUMATOLOGICA nota come "artrite reumatoide"?</b> <i>(attenzione NON ARTROSI)</i></p>	NO	SI	Non so





Dipartimento Area dei Servizi

S.C. MEDICINA NUCLEARE – Direttore M. Castellani

<b>6. Ha mai sofferto di una delle seguenti patologie che possono favorire la perdita di massa ossea? (sottolineare quale) (menopausa prima dei 45 anni o assenza prolungata del ciclo; mobilità ridotta per lunghi periodi; morbo di Crohn o colite ulcerosa; diabete; iper- o ipotiroidismo)</b>			NO	SI	Non so
<b>7. In media, beve 3 bevande alcoliche al giorno? (tre birre da &gt;300ml, tre bicchieri di vino o tre superalcolici?)</b>			NO	SI	Non so
<b>8. Assume farmaci per osteoporosi?</b> <i>Se sì, barrare uno dei seguenti nomi o scrivere il nome commerciale</i>					
<i>Alendronato, Alendros, Adronat, Adrovanche, Fosamax, Fosavance, Bonasol, Dronal, Binosto</i>	<i>Clodronato, Clody, Clodron, Difosfonal, Clasteon</i>	<i>vit. D, Dibase, Didrogyl, Cacit, Xarenel</i>			
<i>Optinate, Actonel, Risedronato</i>	<i>Nerixia</i>	<i>Conbriza, Evista</i>			
<i>Protelos, Osseor</i>	<i>Forsteo</i>	<i>Prolia</i>			
<i>Ibandronato, Bonviva, Bondronat</i>	<i>Metocal, Natecal, Nodigap</i>				
<b>9. Assume un farmaco per le malattie cardiovascolari denominato clopidogrel o plavix?</b>			SI	NO	Non so
<b>10. Assume farmaci per il tumore della mammella dei seguenti? Nolvadex, Femara, Arimidex, Letrozolo, Exemestane, Aromasin, Tamoxifene</b>			SI	NO	Non so
<b>11. Assume farmaci che rientrano nella categoria delle benzodiazepine, antidepressivi, tranquillanti, antiepilettici?</b>			SI	NO	Non so
<b>12. Assume o ha assunto terapia ormonale sostitutiva a seguito della menopausa?</b>			SI	NO	Non so

Data, ...../...../.....

Firma .....

