

Checklist rápido para consulta

Data da Consulta:/...../.....

Nome do Paciente:

DN:/...../.....

Idade:

Sexo: () Fem () Masc

Idade Menopausa:

Algum dos pais com fratura de quadril: () Não () Sim

Fraturas Prévias: () Não () Sim, locais: () fêmur () coluna () rádio () úmero
() arcos costais

Tratamento Prévio para Osteoporose: () Não () Sim, especificar:

Tratamento atual Osteoporose: () Não () Sim, especificar:

Consumo de Cálcio: Número de Porções () Leite () Iogurte () Queijo

Comorbidades:

Tabagismo Prévio ou atual: () Não () Sim, carga tabágica:

Consumo de Álcool: () Não () Sim, quantidade:

Uso Prévio ou atual de Glicocorticoide: () Não () Sim, dose e tempo de uso:

Número de Quedas no último ano:

Atividade Física: () Não () Sim, tipo e frequência:

FRAX: () Baixo Risco () Alto Risco () Muito Alto risco

Exame Físico:

Peso: Alt: IMC:

Presença de cifose: () Não () Sim