

# OSTEOPOROSI

Nome Cognome.....

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Hai più di 60 anni  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Hai avuto fratture ossee dopo i 50 anni   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Il tuo BMI è inferiore a 19   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Se non ti è noto, calcola il tuo BMI: peso (kg).....Statura (cm).....BMI: ..... |                             |                             |
| Dopo i 40 anni la tua statura si è ridotta di più di 4 cm                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualcuno dei tuoi parenti stretti ha avuto frattura dell'anca                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

## INDICA SE SOFFRI DI QUALCUNA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE/ CONDIZIONI

- Artrite reumatoide
- M. Crohn, colite ulcerativa, malattia celiaca
- Malattia renale cronica
- Cancro della prostata o della mammella
- Diabete
- Iperparatiroidismo, iperparatiroidismo
- Malattia polmonare cronica ostruttiva
- Ipogonadismo, amenorrea (bassi livelli di testosterone o di estrogeni)
- Immobilità
- Infezione da HIV
- Nessuna delle patologie /condizioni in elenco

## INDICA SE SEI IN TRATTAMENTO CON QUALCUNO DEI SEGUENTI FARMACI

- Steroidi (cortisone)
- Farmaci per k mammella (Inibitori aromatasi)
- Farmaci per k prostata (deprivazione androgenica)
- Tiazolidinici
- Inibitori della pompa protonica
- Immunosoppressori (inibitori calmodulina/calcineurina)
- Ormone tiroideo (L-Tiroxina)
- Antidepressivi
- Antipsicotici (litio)
- Anticonvulsivanti /antiepilettici
- Nessuno dei farmaci in elenco

Fumi o bevi in modo eccessivo (> 3 bicchieri al giorno) SI NO

**La risposta positiva a molte delle domande in elenco indica  
rischio osteoporosi elevato**

### RIFERIMENTI

Osteoporosis Risk Check. <http://riskcheck.iofbonehealth.org/formulaire.php>

# OSTEOPOROSI

## مرض هشاشة العظام

الاسم واسم العائلة: .....

- هل عمرك أكثر من 60 عاماً  نعم  لا
- هل حدث لك كسور في العظام بعد سن 50 سنة  نعم  لا
- مؤشر كتلة الجسم لديك أقل من 19  نعم  لا
- إذا كنت لا تعلم، فقم بحساب مؤشر كتلة الجسم: الوزن (كجم) ..... الطول (سم) ..... مؤشر كتلة الجسم: .....
- بعد عمر 40 عام هل نقص طولك أكثر من 4 سم  نعم  لا
- هل حدث لأحد أفراد أسرتك كسر في مفصل الحوض  نعم  لا

### هل تعاني من أحد هذه الأمراض أو الأعراض

- التهاب المفاصل الروماتويدي
- متلازمة كرون و التهاب القولون التقرحي، ومرض الاضطرابات الهضمية
- مرض الكلى المزمن
- سرطان البروستاتا أو سرطان الثدي
- مرض السكر
- نشاط الغدة الدرقية الزائد، نشاط الغدة الفوق درقية الزائد
- مرض الانسداد الرئوي المزمن
- نقص نشاط الغدد التناسلية، انقطاع الدورة الشهرية (نقص مستويات هرمون تستوستيرون أو هرمون الاستروجين)
- عدم القدرة على الحركة
- العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة
- لا أعاني من أي من الأمراض أو الأعراض السابق ذكرها

### هل تعالج بأحد هذه العقاقير

- الكورتيزون
- أدوية سرطان الثدي (مثبطات الهرمونات)
- أدوية سرطان البروستاتا (الحرمان من الأندروجين)
- أدوية السكر الحديثة بديلة الأنسولين
- مهدئات المعدة ومثبطات حموضة المعدة
- خافضات المناعة (مثبطات الهيמודيولين / الكالسينورين)
- هرمون الغدة الدرقية
- مضادات الاكتئاب
- مضادات التشنجات العصبية
- مضادات الاختلاج / مضادات الصرع
- لا استعمل أي من الأدوية المذكورة أعلاه

هل تدخن أو تشرب كحولييات بكثرة (أكثر من ثلاث أكواب يومياً)  نعم  لا

الإجابة بنعم على أسئلة كثيرة مما ذكر، تدل على خطورة عالية لمرض هشاشة العظام

المراجع

<http://riskcheck.iofbonehealth.org/formulaire.php>