

Spurningalisti vegna beinþéttnimælingar

(merkið við fullyrðingar ef þær eiga við)

- | Nafn | Dagsetning |
|-----------|------------|
| Kennitala | Kyn |
| Hæð (sm) | Þyngd (kg) |
- Ég hef beinbrotnað í mjöðm eða hrygg
 - Ég hef beinbrotnað án verulegs áverka
 - Foreldrar mínir (annað eða bæði) hafa mjaðmarbrotnað
 - Ég hef notað sykurstera (barkstera) lengur en 3 mánuði
 - Ég er greind(ur) með liðagigt (iktsýki)
 - Ég er með beinþynningu vegna sjúkdóms
 - Ég reyki núna
 - Ég neyti meira en þriggja áfengra drykkja á dag
 - Ég neyti mjólkurvara reglulega
 - Ég stunda líkamsrækt reglulega (a.m.k. 3 daga vikunnar í 30 mín. í senn)
 - Ég tek lýsi eða D vítamín reglulega
 - Ég tek kalsíumtöflur reglulega
 - Ég hef einhvern tíma tekið einhver af eftirfarandi lyfjum
 - Alendronate (Ostacid, Fosamax, Fosavance)
 - Risedronate (Optinate)
 - Ibandronate (Bonviva, Bondronat, Lasibon)
 - Zoledronate (Aclasta, Zometa, Reclast)
 - Denosumab (Prolia)
 - Paratýrin (Forsteo)
 - Kvenhormón (östrogen)
 - Raloxifene (Evista); Tamoxifen
 - Andhormónameðferð vegna krabbameins
 - Ég hef notað tilgreind lyf í 5 ár eða lengur
 - Eftirfarandi á við um mig, nú eða áður
 - Lystarstol/lotugræðgi
 - Flogasjúkdómur
 - Astma eða lungnaþemba
 - Krabbamein
 - Nýrnasjúkdómur á lokastigi
 - Bólgujúkdómur í ristli (sáraristilbólga)
 - Ofvirkur kalkkirtill
 - Líffæraígræðsla
 - Ofvirkur skjaldkirtill
 - Heiladingulssjúkdómur
 - Sykursýki 1
 - Sykursýki 2
- Fyrir konur eingöngu:
- Tíðir hafa fallið niður lengur en 6 mánuði vegna getnaðarvarna eða sjúkdóms
 - Ég er enn á blæðingum (tíðahvörf eruekki um garð gengin)