

ŽIADANKA O DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE

**Pracovisko: KLINIKA ORTOPÉDIE A TRAUMATOLÓGIE POHYBOVÉHO ÚSROJENSTVA –
ORTOPEDICKÉ AMBULANCIE – PRACOVISKO RASTISLAVOVA**
Telefonický kontakt: 055/615 2758, 2753

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa: **R.č.:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

kód ZP:

INDIKÁCIA PRE DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE:

(vhodné zaškrtnúť)

- deficit estrogénov: - predčasná menopauza (< 45 rokov)
 - prolongovaná sekundárna amenorea (>1 rok)
 - primárny hypogonadizmus,
- liečba kortikoidmi dávkou 5 mg Prednisonu a viac, ktorej trvanie sa predpokladá viac ako 3 mesiace je indikáciou na zmeranie kostnej denzity ešte pred začatím liečby,
- anamnéza zlomenina krčka stehennej kosti u matky,
- nízky body mass index (BMI < 19 kg/m²),
- všetky ochorenia asociované s osteoporózou : anorexia nervosa, malabsorbcia, primárna hyperparatyreóza, difúzne ochorenia spojiva, reumatoidná artritída, chronické zápalové ochorenia čreva, post-transplantačný syndróm, chronická renálna insuficiencia, hypertyreóza, prolongovaná imobilizácia, Cushingov syndróm, chronické hepatopatie, myeloproliferatívne ochorenia, genetické a iné metabolické ochorenia kostí,
- podozrenie na osteoporózu z RTG snímky al. nález vertebrálnej deformity,
- zlomenina femuru, chrbtice, predklaktia po neadekvátnej traume,
- významná strata výšky al. torakálna kyfóza,
- monitoring liečby antiprotikami,
- chronické užívanie liekov (antikoagulanciá, antiepileptiká, tyroidálne hormóny, imunosupresíva, cytostatiká),
- ženy nad 65 rokov,
- muži nad 70 rokov.

PACIENT/KA OBJEDNANÝ/Á NA DEŇ:

POSLEDNÉ DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE BOLO VYKONANÉ DŇA:

V Košiciach, dňa:

.....
Podpis a pečiatka odosielajúceho lekára