

PATIENTFORMULÄR för PTH-behandling

Basdata

| | | |
|--------------|--------------------|-----------------|
| Personnummer | Efternamn, förnamn | Datum 20 - - |
|--------------|--------------------|-----------------|

1. Har Du haft ont i ryggen senaste månaden? Ja Nej

2. Ange hur ont Du har haft i ryggen senaste veckan genom att dra ett streck tvärs över nedanstående linje:

Inte _____ Värsta
ont _____ tänkbara
alls _____ smärta

3. Har Du tidigare haft frakturer? Ja Nej

Om ja, vilken typ av fraktur?

Kota Höft Underarm/Handled Överarm/Axel Annan

4. Tar Du eller har Du tagit kortison-tabletter? Ja Nej

Om ja:

Hur många år?

Vilken dos just nu?mg/dag

5. Tar Du eller har Du tagit kalk/vit D-tabletter? Ja Nej

Om ja:

Hur många år?

Vilken dos just nu?st/dag

6. Tar Du eller har Du tagit

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Didronate <input type="checkbox"/> | Fosamax <input type="checkbox"/> | Optinate <input type="checkbox"/> | Evista <input type="checkbox"/> |
| Antal år | Antal år | Antal år | Antal år |
| | | | |

7. Tar Du eller har Du tagit östrogen? Ja Nej

Om ja:

Hur många år?

Vilken dos just nu?st/dag

Preparatnamn

8. Vid vilken ålder slutade Dina menstruationer?år

9. Rökare? Ja Nej Tidigare rökt? Ja Nej

I förekommande fall: Antal cig/dag..... Antal år.....