

## QUESTIONNAIRE DE L'OSTÉOPOROSE

**NOM DU PATIENT :** \_\_\_\_\_

**POIDS :** \_\_\_\_\_

**TAILLE :** \_\_\_\_\_

### ***ANTÉCÉDENT :***

1. Avez-vous déjà eu un examen pour l'ostéoporose dans cette clinique?  Avez-vous déjà eu un examen à une autre clinique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au dos ?  Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale à la hanche?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous eu un examen nucléaire ou aux rayons X ou avec baryum Dans les 5 derniers jours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Prenez-vous un supplément de calcium?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Est-ce que vous prenez, ou avez-vous déjà pris, Fosomax ou Didrocal Ou Evista	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Avez-vous pris de la prednisone ou un corticostéroïde? (pour l'asthme) Si oui, pour combien de temps? _____  Si oui, quel était votre dose? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Prenez-vous des comprimés thyroïdiens?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Est-ce qu'un membre de votre famille souffre d'ostéoporose?  Si oui, qui : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> sœur <input type="checkbox"/> tante <input type="checkbox"/> autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### ***S'il y a lieu :***

10. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Prenez-vous des Estrogènes (hormone)? Si oui, quel est votre dose? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Êtes-vous post-ménopausée (fin des menstruation)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13. Avez-vous subi une chirurgie? A) Ovaires & Utérus B) Ovaires seulement C) Utérus seulement  Si oui, quand? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**SIGNATURE PATIENT :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE TECHNICIEN :** \_\_\_\_\_