

FICHA OSTEOPOROSIS.



Nombre y Apellido del Beneficiario: _____

D.N.I: _____

Teléfono _____

Edad: Peso:

Talla: IMC:

Análisis Clínicos:

Dosaje PTH	<input type="text"/>	fosfatasa Alcalina	<input type="text"/>
Calcio Total	<input type="text"/>	RX previos	<input type="text"/>
Fosfatemia	<input type="text"/>	DMO	<input type="text"/>
Calciuria 24 hs	<input type="text"/>	Vitamina D	<input type="text"/>

Antecedentes heredo fam. de osteoporosis	NO	SI	
Riesgo de caidas	LEVE	MODERADO	ALTO
Trastornos de la visión	NO	SI	
Tabaquismo	NO	SI	

Edad de la Menopausia: años

Embarazos	NO	SI	G:	A:	C:	P:
Lactancia	NO	SI	DURACIÓN: <input type="text"/>			
Consumo de lácteos	NO	SI				
Exposición solar	NO	SI				

Historia de la enfermedad actual

Causas de osteoporosis secundaria			Antecedentes relacionados con patologías óseas		
	NO	SI		NO	SI
NINGUNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas traumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipogonadismo Primario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas Espontáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperprolactilemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metástasis ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia de enfermedad metabólica ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas anticonvulsionantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fosfatasa alcalina inexplicadamente elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulantes orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia de litiasis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.M.O.			Fecha	/	/
1. (T-Score) actual	<input type="text"/>				
2. (T-Score) previa	<input type="text"/>				
3. (T-Score) previa	<input type="text"/>				

RX de columna		
fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NO	SI

Tratamientos previos	SI	Duración	NO	Intolerancia	Respuesta Ineficaz
Suplementos d calcio y vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de remplazo hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bifosfonatos Orales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alendronato	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risedronato	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibandronato	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bifosfonatos Endovenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ranelato de Estroncio			
-----------------------	--	--	--

Medicación solicitada

dosis

cantidad por mes

<i>R/P:</i>	
<i>R/P:</i>	
<i>R/P:</i>	

Dictamen de la coord. del programa IPSST
