

Nome _____ Cognome _____

Questionario

1. Et  (Fra 40 e 90 anni) oppure Data di Nascita

Et  _____ Data di Nascita: Anno _____ Mese _____ Giorno _____

2. Sesso

Maschio

Femmina

3. Peso

Kg _____

4. Altezza

cm _____

5. Frattura pregressa

no si

6. Genitori con femore fratturato

no si

7. Fumatore abituale

no si

8. Cortisonici

no si

9. Artrite reumatoide

no si

10. Osteoporosi secondaria

no si

11. Alcol: 3 unit  o pi  al giorno

no si

12. Se in possesso di Densitometria ossea (DEXA) indicare o il BMD o il T-score relativo al collo del femore (g/cm²)

BMD _____ T-score _____

Indirizzo e-mail _____ @ _____