Пожалуйста, отправляйте факс на номер: 505-272-6906 для: Bone Health или на e-mail [BoneHealthEcho@salud.unm.edu](mailto:BoneHealthEcho@salud.unm.edu)

## Дата: Имя докладчика: Адрес клиники:

**Идентификационный номер ECHO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□ **Первичный** ☐ **Повторный Возраст пациента: Пол:** ☐ М ☐ Ж

**Если женский, то по отношению к менопаузе:** ☐ Пременопауза ☐ Перименопауза ☐ Постменопауза; **Возраст на момент менопаузы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## КАКОВ ВАШ ГЛАВНЫЙ ВОПРОС ПО ЭТОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СЛУЧАЮ?

**АНАМНЕЗ**

**Общее состояние здоровья** ☐ Плохое ☐ Хорошее ☐ Превосходное

**Уровень физической активности:** ☐ Не связанный с переноской тяжестей ☐ Сидячий ☐ Активный

## Питание, непереносимость продуктов:

**Падения** (Сколько за последний год?):

**Переломы** (начиная с последнего) **Семейный анамнез**

# 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Тип** | **Обстоятельства перелома** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Целиакия
* Гиперпаратиреоз
* Остеопороз
* Переломы
* Другая болезнь костей:

## Анамнез заболевания

* Бариатрическая хирургия ☐ Затруднения глотания ☐ Диарея ☐ Мальабсорбция ☐ Целиакия ☐ Гиперпаратиреоз ☐ Диабет
* Ревматоидный артрит ☐ Аутоиммунные заболевания ☐ Злокачественное новообразование; Тип \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Лучевая терапия ☐ Плохой уход за полостью рта ☐ Предшествующая операция на костях; Тип и год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Текущее лечение (препараты/витамины/травы/добавки)** *(можете приложить лист назначений своего пациента)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Дата начала** | **Дозировка** | **Частота приема** | **Препарат** | **Дата начала** | **Дозировка** | **Частота приема** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

## Прежнее лечение остеопороза

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Дата начала** | **Дата окончания** | **Причина прекращения приема** | **Препарат** | **Дата начала** | **Дата окончания** | **Причина прекращения приема** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Лечение препаратами, негативно воздействующими на костную ткань**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Дата начала** | **Дата окончания** | **Показания** | **Препарат** | **Дата начала** | **Дата окончания** | **Показания** |
| Преднизолон |  |  |  |  |  |  |  |
| Ингибиторы ароматазы |  |  |  |  |  |  |  |
| Андроген-депривационная терапия |  |  |  |  |  |  |  |
| Антиконвульсанты |  |  |  |  |  |  |  |

**Анамнез курения:** Курит ли пациент в настоящее время? ☐ Нет ☐ Да

**Прием алкоголя**: В среднем больше, чем 2 порции (дринка, 10-12 г чистого спирта) в день? ☐ Нет ☐ Да

## ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Дата: Рост: (м) Максимальный рост: (м) Вес: (кг) ИМТ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кг/м2)

## Отдельные связанные с костным скелетом симптомы

* Голубые склеры ☐ Сыпь ☐ Зоб ☐ Кифоз ☐ Болезненность в спине
* Состояние зубов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Реберно-тазовое расстояние \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Равновесие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Мышечная сила\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Подвижность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Вспомогательные устройства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DXA** □ **T-критерии ☐ Z-критерии Морфометрия позвонков** ☐ Да ☐ Нет

# 

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Поясничный отдел позвоночника** | **Проксимальный отдел бедра** | **Шейка бедра** | **Дистальная треть лучевой кости** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Результаты:**

## FRAX®

«Большие» остеопоротические переломы Переломы бедра

Расовая принадлежность по FRAX®: ☐ Европеоидная ☐ Монголоидная ☐ Негроидная

**Текущие лабораторные результаты**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Дата** | **Результат** |  | **Дата** | **Результат** |
| **Общий анализ крови** |  |  | **Паратгормон (ПТГ)** |  |  |
| **Креатинин** |  |  | **ТТГ** |  |  |
| **Расчетная скорость клубочковой фильтрации** |  |  | **25-OH-витамин D** |  |  |
| **Щелочная фосфатаза** |  |  | **Электрофорез сывороточных белков** |  |  |
| **Кальций** |  |  | **Соотношение свободных легких цепей иммуноглобулинов κ/λ** |  |  |
| **Фосфор** |  |  | **Кальций в суточной моче** |  |  |
| **Альбумин** |  |  | **Антиглиадиновые антитела (при целиакии)** |  |  |
| **N-концевой телопептид коллагена 1 типа** |  |  | **Триптаза** |  |  |
| **C-концевой телопептид коллагена 1 типа** |  |  | **N-концевой пропептид проколлагена 1 типа** |  |  |
| **Другое** |  |  | **Другое** |  |  |

## Дополнительные комментарии

Пожалуйста, отправляйте факс на номер: 505-272-6906 для: Bone Health или на e-mail [BoneHealthEcho@salud.unm.edu](mailto:BoneHealthEcho@salud.unm.edu)