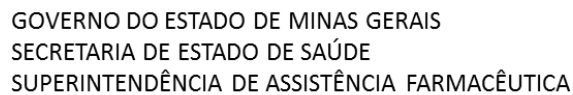




## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – OSTEOPOROSE

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																																																			
2	<b>IDADE:</b> _____ <b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																			
3	<b>PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO:</b> Está na pós menopausa? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																																																			
4	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> <b>4.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA E FATORES DE RISCO PARA FRATURAS:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ <b>4.2 INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b> <table border="1"><tr><td>Fratura prévia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tabagismo atual</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Artrite reumatoide</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Diabetes Mellitus tipo I</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipoparatiroidismo</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipogonadismo na menopausa pré-matura</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Má nutrição crônica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença hepática crônica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Intolerância gastrointestinal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Estenose ou acalasia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Osteonecrose de mandíbula</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Fratura atípica de fêmur</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Osteomalacia fosfatemica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco de tromboembolismo venoso</td><td>BAIXO <input type="checkbox"/></td><td>ALTO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Uso de estrógenos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco de câncer de mama</td><td>BAIXO <input type="checkbox"/></td><td>ALTO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Fratura prévia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Tabagismo atual	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Artrite reumatoide	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus tipo I	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipoparatiroidismo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipogonadismo na menopausa pré-matura	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Má nutrição crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença hepática crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Intolerância gastrointestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Estenose ou acalasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Osteonecrose de mandíbula	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Fratura atípica de fêmur	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Osteomalacia fosfatemica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de tromboembolismo venoso	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de câncer de mama	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
Fratura prévia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Tabagismo atual	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Artrite reumatoide	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Diabetes Mellitus tipo I	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Hipoparatiroidismo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Hipogonadismo na menopausa pré-matura	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Má nutrição crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Doença hepática crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Intolerância gastrointestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Estenose ou acalasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Osteonecrose de mandíbula	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Fratura atípica de fêmur	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Osteomalacia fosfatemica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Risco de tromboembolismo venoso	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>																																																		
Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Risco de câncer de mama	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>																																																		



*Atualizado em 13/05/2024*