

## Beintetthetsmåling: Egenerklæring

Vi ber deg fylle ut egenerklæringen for å spare tid og kunne legge opp din rådgivning og behandling best mulig. Egenerklæringen vil bli en del av din journal. Dette arket skal ikke brettes eller krølles.

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer/-dato \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Om deg	
Alder: _____	Høyde som ung (ca 20 år): _____ cm
Har du hatt fått diagnostisert noen av disse sykdommene?	
<input type="checkbox"/> Astma eller KOLS	<input type="checkbox"/> Diabetes type 1 eller 2
<input type="checkbox"/> Bekhterevs sykdom/spondyloartritt	<input type="checkbox"/> Leddgikt/ Revmatoid artritt
<input type="checkbox"/> Revmatisk bindevevssykdom	<input type="checkbox"/> Crohns sykdom
<input type="checkbox"/> Cøliaki	<input type="checkbox"/> Nyresvikt
<input type="checkbox"/> Høyt stoffskifte (Hypertyreose)	<input type="checkbox"/> Polymyalgia revmatika
<input type="checkbox"/> Psoriasisartritt	<input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelse
<input type="checkbox"/> Ulcerøs kolitt	
Har du gjennomgått eller er du under kreftbehandling?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilken type kreft: _____
Har du gjennomgått en slankeoperasjon? Gjelder ikke fettsuging	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Brudd og osteoporose	
Har du hatt noen av følgende brudd/brist etter fylte 20 år?	
<input type="checkbox"/> Kompresjonsbrudd (sammenfall i rygg)	
<input type="checkbox"/> Overarmsbrudd eller skulderbrudd	
<input type="checkbox"/> Underarmsbrudd eller håndleddsbrudd	
<input type="checkbox"/> Hoftebrudd (lårhalsbrudd)	
<input type="checkbox"/> Annet (ikke i trafikkulykker, hode, fingre, tær): _____	
Har noen av dine biologiske foreldre hatt:	
Osteoporose (beinskjørhet)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Usikker
Overarmsbrudd eller skulderbrudd	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Usikker
Underarmsbrudd eller håndleddsbrudd	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Usikker
Hoftebrudd eller lårhalsbrudd	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Usikker
Kompresjonsbrudd (sammenfall i rygg)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Usikker
Medisiner	
Bruker eller har du brukt noen av disse medisinene?	
<input type="checkbox"/> Prednisolon/ andre kortison-tabletter; Hvor lenge du brukt eller brukte du medisinen: _____	
<input type="checkbox"/> Levaxin (thyroideahormon) eller Thyroxin (levotyrosin)	
<input type="checkbox"/> Epilepsimedisin	
<input type="checkbox"/> Magesyrehekkere	
<input type="checkbox"/> Østrogen* (Ikke stikkpiller)	
<input type="checkbox"/> Medisiner mot angst eller depresjon	

Medisiner mot osteoporose (beinskjørhet):	
<b>Bruker eller har du brukt noen av disse medisinene?</b>	Hvor lenge har du brukt eller brukte du medisinen?
<input type="checkbox"/> Alendronat/Fosamax/Binosto	
<input type="checkbox"/> Evista (raloksifen)	
<input type="checkbox"/> Bonviva (ibandronsyre)	
<input type="checkbox"/> Optinate (risedronsyre)	
<input type="checkbox"/> Prolia (denosumab) <i>Oppgi varighet på bruk og måned/årstall for siste injeksjon.</i>	
<input type="checkbox"/> Eventy (romosozumab) <i>Oppgi varighet på bruk og måned/årstall for siste injeksjon.</i>	
<input type="checkbox"/> Aclasta (zoledronsyre) <i>Oppgi varighet på bruk og måned/ årstall for siste infusjon.</i>	
<input type="checkbox"/> Forsteo/ Terrosa (teriparatid) <i>Oppgi antall måneder og startdato eller sluttdato.</i>	
Trenger du hjelp til medisinbehandling? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, mine pårørende gir meg mine medisiner. <input type="checkbox"/> Ja, jeg har multidose og/eller dosett som legges av hjemmesykepleier.	
Livsstil	
Røyker du?	<input type="checkbox"/> Aldri røykt <input type="checkbox"/> Ja    Hvor lenge har du røykt? _____ <input type="checkbox"/> Tidligere røyker    Når sluttet du? _____
Drikker du alkohol daglig?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Spiser eller drikker du meieriprodukter daglig? (For eksempel melk, ost eller yoghurt)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Tar du kalktilskudd daglig?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Tar du tran eller D-vitamintilskudd daglig?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Trener du ved å gå eller utfører tilsvarende fysisk aktivitet minst 3 ganger 30 min per uke? <i>Dette inkluderer handling og hagearbeid.</i>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Trener du styrke minst 3 ganger 30 min per uke?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Opplever du svimmelhet eller føler deg ustø?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Bruker du ganghjelpemidler eller rullestol?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du falt i løpet av de siste 12 månedene?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

**Menstruasjon og overgangsalder**

Når startet første menstruasjon? *Oppgi omtrent alder.*

Har menstruasjonssyklusen din noen gang blitt avbrutt i 12 md eller mer?

*Sett bort fra graviditet, overgangsalder, fjerning av livmor eller bruk av hormonell prevensjon.*

Nei    Ja    Usikker

I forbindelse med overgangsalderen, når stoppet menstruasjonen fullstendig? *Oppgi omtrent alder og årstall.*

**Er det noe mer du vil fortelle oss:**