

ОЦЕНКА РИСКА ПЕРЕЛОМА ПО ШКАЛЕ FRAX

Анкета:_____

Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения

Возраст:_____

Дата рождения:_____

Пол:_____

Вес (кг):_____

Рост (см):_____

Предшествующий перелом: нет да

Перелом бедра у родителей: нет да

Курение в настоящее время: нет да

Глюкокортикостероиды: нет да

Ревматоидный артрит: нет да

Вторичный остеопороз: нет да

Алкоголь от 3 единиц и более в день: нет да

Минеральная плотность кости (МПК):_____

ОЦЕНКА РИСКА ПЕРЕЛОМА ПО ШКАЛЕ FRAX

Анкета:_____

Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения

Возраст:_____

Дата рождения:_____

Пол:_____

Вес (кг):_____

Рост (см):_____

Предшествующий перелом: нет да

Перелом бедра у родителей: нет да

Курение в настоящее время: нет да

Глюкокортикостероиды: нет да

Ревматоидный артрит: нет да

Вторичный остеопороз: нет да

Алкоголь от 3 единиц и более в день: нет да

Минеральная плотность кости (МПК):_____