

C
O
m
p
i
l
a
r
e
p
a
z
i
e
n
t
e

Caro Paziente le chiedo se può compilare la parte indicata per facilitare la sua visita:

Data _____ Nome e cognome:

Data di Nascita.....Telefono Fumo...SI NO

occupazione..... peso.....altezza(cm).....

Domicilio

Figli...SI.....N°.....Allergie.....

..... O Mestruo O menopausa, età della menopausa.....O Spontanea...

Stai assumendo la vitamina D... NO-O SI-O. da quanto tempo?

Quale tipo..... Quale dosaggio.....

Hai contratto il Covid 19 NO.. SI.. Quando.....Ricovero in ospedale NO . SI...

Sei osteoporotico/a ? NO.. SI NON SO

DATA.....MOC o DXA(T-score) FN.....FT.....V.....

Fratture NO.. SI ...quante dove

Quali farmaci stai assumendo?.....

DataVit.D 25 OH : <20ng/ml ≥ 20ng/ml ≥30ng/ml.....valore.....

Da quanto tempo hai sintomi di Fibromialgiae/o Diagnosi di Fibromialgia.....

Altre Patologie.....

FIQR.....

PUNTEGGIO...FSS.....

.....