

## PLANILLA SOLICITUD DENSITOMETRÍA ÓSEA

Fecha:  Edad:  FN:

Fem/Masc:

Apellido y Nombre: .....

Afiliado N° ..... DNI: .....

Diagnóstico: Osteoporosis  Fecha de Diagnóstico:   
 Osteoporosis Secundaria   
 Osteopenia  Peso:  Talla:  BMI:   
 Tamizaje

Descripción y Evolución Clínica (Aclarar fechas):

| Comorbilidades               | Si | No | Fecha / Tratamiento |
|------------------------------|----|----|---------------------|
| Diabetes                     |    |    |                     |
| Patología Tiroidea (aclarar) |    |    |                     |
| Artritis Reumatoide          |    |    |                     |
| Hiperparatiroidismo          |    |    |                     |
| Síndrome de Cushing          |    |    |                     |
| Otros (aclarar)              |    |    |                     |

| Factores de Riesgo                         | Si | No | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| Antec. Personales de Fracturas *           |    |    |               |
| Tabaquismo Activo                          |    |    |               |
| Dieta pobre en Calcio                      |    |    |               |
| Menopausia temprana (antes de los 45 años) |    |    |               |
| Consumo de Alcohol (3 o más dosis por día) |    |    |               |
| Sedentarismo, falta de actividad física    |    |    |               |
| Baja contextura Física                     |    |    |               |
| Antecedentes Fractura Caderas en Padres    |    |    |               |
| Antecedentes Familiares de Osteoporosis    |    |    |               |
| Corticoterapia prolongada                  |    |    |               |
| Terapia con drogas antiepilépticas         |    |    |               |
| Resección Intestinal - Gástrica            |    |    |               |

\* (espontáneas o con traumatismo menores).

Densitometría Previa: .....

Fecha: .....

**Laboratorio:**
**Fecha:** 

Hemoglobina: ..... Creatinemia: ..... Otros: .....  
 Clearance Creatinina: ..... Glucemia: .....  
 Calcemia: ..... GPT: ..... GOT: ..... BiT/BiD: .....

**Esquemas Terapéuticos Previos**

| Monodroga Genérica | Nombre Comercial | Presentación | Motivo de la suspensión | Desde/Hasta |
|--------------------|------------------|--------------|-------------------------|-------------|
|                    |                  |              |                         |             |
|                    |                  |              |                         |             |
|                    |                  |              |                         |             |
|                    |                  |              |                         |             |

**Esquema Terapéutico Actual**

| Monodroga Genérica | Nombre Comercial | Presentación | Vía de administración | Desde/Hasta |
|--------------------|------------------|--------------|-----------------------|-------------|
|                    |                  |              |                       |             |
|                    |                  |              |                       |             |
|                    |                  |              |                       |             |
|                    |                  |              |                       |             |

**Otras Medicaciones**

| Monodroga Genérica | Nombre Comercial | Presentación | Vía de administración | Desde/Hasta |
|--------------------|------------------|--------------|-----------------------|-------------|
|                    |                  |              |                       |             |
|                    |                  |              |                       |             |
|                    |                  |              |                       |             |
|                    |                  |              |                       |             |

**Fundamentos de la Solicitud de Densitometría:****Observaciones:****Nombre del Profesional:** .....

**N° Matrícula:** .....

**Institución:** .....

**Teléfono:** ..... **Horario:** .....

Este protocolo debe ser completado por el Profesional tratante y presentado junto a la orden médica de la Densitometría.

**Documentación Complementaria**

- Informe de Densitometría Previa
- Informe de último Laboratorio