

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO

Data di compilazione:

Giorno I__I__I Mese I__I__I Anno I__I__I__I__I

Età I__I__I M F

Età menopausa I__I__I (solo per il sesso femminile)

Educazione scolastica:

Licenza elementare I__I Licenza media I__I Diploma I__I Laurea I__I

Attualmente assume Vitamina D?

Sì No

Se sì, qual è la modalità di somministrazione?

Gocce giornaliera Flaconcino mensile
 Gocce settimanale Compresa/pastiglia settimanale
 Fiala ogni mese Compresa/pastiglia mensile

Ha dovuto eseguire un esame di laboratorio per definire la carenza di Vitamina D?

Sì No

Per quale motivo le è stata consigliata la Vitamina D?

Osteoporosi
 Riscontro di deficit di vitamina D
 Altro (specificare)

La Vitamina D le viene prescritta con la ricetta rossa “della mutua”?

Sì No

Ha difficoltà di assunzione?

Le è stata diagnosticata una frattura?

- Sì No

Se sì, quale:

- Femore Bacino
 Polso Omero
 Vertebre Altro (specificare).....

Oltre alla Vitamina D assume altri farmaci per l'osteoporosi?

- Sì No

Con quale modalità di somministrazione assume questi farmaci per l'osteoporosi?

- Bocca
 Endovena (flebo)
 Sottocute
 Intramuscolo

Da quanto tempo è sottoposto a trattamento farmacologico per l'osteoporosi?

- Meno di 1 anno
 Da 1 a 3 anni
 Da 3 a 5 anni
 Più di 5 anni

Oltre ai farmaci per l'osteoporosi quanti altri farmaci assume per altre patologie?

- Nessuno
 1
 2
 3
 Più di 3