

# Vragenlijst botdensiteitsmeting



Geachte mevrouw,  
Geachte heer,

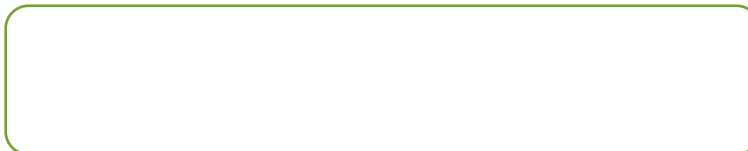
U komt naar of bent op de botdensiteitsmeting in UZ Leuven. Om aanvullend uw fractuurrisico zo goed mogelijk te kunnen inschatten, vragen wij u om deze vragenlijst zorgvuldig in te vullen. U mag de vragenlijst ook laten invullen door een familielid of naaste.

De informatie in deze vragenlijst geeft ons een beeld van uw fractuurvoorgeschiedenis, behandelingen en risicofactoren. Deze informatie wordt uiteraard vertrouwelijk behandeld.

Als u vragen of opmerkingen heeft over deze vragenlijst kunt u terecht bij een van de zorgverleners. Mogen wij u vragen de vragenlijst zo snel mogelijk in te vullen en te bezorgen aan de medewerker die de botdensiteitsmeting uitvoert?

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.





## Vragenlijst botdensiteitsmeting

### FRACTUURVOORGESCHIEDENIS

- Heeft u in de voorbije 24 maanden een botbreuk gehad?
  - Ja
  - Neen
  
- Indien ja, was dit een breuk van
  - bekken
  - heup
  - bovenbeen
  - wervel/wervelzuil
  - schouder
  - voorarm/pols
  - andere, namelijk: .....
  
- Indien u een breuk opliep, hoe hebt u die opgelopen?
  - Zonder val/spontaan
  - Na een val van staande hoogte of uit bed
    - Omschrijf kort uw val: .....
    - .....
    - .....
  - Als gevolg van een ongeval met hoge impact (bv. val tijdens het fietsen, auto-ongeval, val van een ladder ...)
    - Omschrijf kort uw val: .....
    - .....
    - .....
  - Andere oorzaak: .....
  - .....
  - .....

## BEHANDELING BOTONTKALKING/OSTEOPOROSE

- Neemt u medicatie voor de behandeling van botontkalking/osteoporose?
  - Neen
  - Ja (meerdere antwoorden mogelijk)
    - Calciumsupplement
    - Calcium- en vitamine D-supplement
    - Alendronaat/Fosamax<sup>®</sup> (wekelijks tablet)
    - Risedronaat/Actonel<sup>®</sup> (wekelijks tablet)
    - Ibandronaat/Bonviva<sup>®</sup> (maandelijks tablet of injectie)
    - Zoledronaat/Aclasta<sup>®</sup> (infuus 1x/jaar)
    - Zoledronaat/Zometa<sup>®</sup> (infuus)
    - Denosumab/Prolia<sup>®</sup> (spuit 2x/jaar)  
Hoelang krijgt u deze medicatie reeds toegediend (in jaren)? .....
    - Romosozumab/Evenity<sup>®</sup> (2 spuiten 1x/maand)
    - Raloxifeen/Evista<sup>®</sup> (dagelijks tablet)
    - Teriparatide/Forsteo<sup>®</sup> (dagelijkse spuit)

## RISICOFACTOREN

- Hoe groot bent u (in cm)? .....
- Hoeveel weegt u? .....
- Rookt u?
  - Ja
  - Neen
- Drinkt u 3 of meer eenheden alcohol per dag?
  - Ja
  - Neen
- Heeft een van uw ouders ooit een heupfractuur opgelopen?
  - Ja
  - Neen
- Lijdt u aan reumatoïde artritis (een auto-immuunziekte)?
  - Ja
  - Neen
- Gebruikte u het afgelopen jaar gedurende  $\geq 3$  maanden of gebruikt u momenteel steroïden (bv. Medrol<sup>®</sup>, prednisone)?
  - Ja
  - Neen

## OPMERKINGEN OF VRAGEN

Heeft u nog bijkomende opmerkingen of vragen? Noteer ze hier.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking.

© februari 2023 UZ Leuven  
Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.  
Ontwerp en realisatie: deze tekst werd opgesteld door de dienst geriatrie in samenwerking met de dienst communicatie. U vindt deze brochure ook op [www.uzleuven.be/brochure/701561](http://www.uzleuven.be/brochure/701561).  
Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via [communicatie@uzleuven.be](mailto:communicatie@uzleuven.be).  
Verantwoordelijke uitgever: UZ Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, tel. 016 33 22 11, [www.uzleuven.be](http://www.uzleuven.be)

