

**UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER RADIOLOGY**  
**Bone Density Questionnaire**

UH 2761 Bone Density Questionnaire Rev Nov 2012 Russian

Имя/Фамилия – \_\_\_\_\_ Дата Рождения \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_  
 Name Birthday Physician

Самый высокий рост \_\_\_ ' \_\_\_ " Текущий Рост \_\_\_ ' \_\_\_ " Текущий Вес \_\_\_\_\_ фт. Этническая принадлежность \_\_\_\_\_  
 Tallest Height Current Height Current Weight lbs. Ethnic Group

**Хронические заболевания:**  
**Chronic conditions/illnesses:**

*просьба отметить всё, что имеет отношение к вам*  
*please check all that apply*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Остеопороз<br>Osteoporosis                              | <input type="checkbox"/> Болезнь Иценко-Кушинга<br>Cushing's Disease                | <input type="checkbox"/> Синдром Нарушенного Кишечного Всасывания<br>Intestinal Malabsorption |
| <input type="checkbox"/> Гипертиреоз<br>Hyperactive Thyroidism                   | <input type="checkbox"/> Болезнь Аддисона<br>Addison's Disease                      | <input type="checkbox"/> Плохое Усваивание Кальция<br>Calcium Malabsorption                   |
| <input type="checkbox"/> Гиперпаратиреоз<br>Hyperparathyroidism                  | <input type="checkbox"/> Анорексия или Булимия<br>Anorexia or Bulimia               | <input type="checkbox"/> Остеомалация (Размягчение костей)<br>Osteomalacia                    |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Паже (Деформирующий остеоит)<br>Paget's Disease | <input type="checkbox"/> Трансплантация Органов<br>Organ Transplant                 | <input type="checkbox"/> Недостаточность Витамина Д<br>Vitamin D Deficiency                   |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Грэйвса (Базедова болезнь)<br>Grave's Disease   | <input type="checkbox"/> Болезнь Крона (Гранулематозный энтерит)<br>Crohn's Disease | <input type="checkbox"/> Хроническая Почечная Недостаточность<br>Chronic Kidney Dysfunction   |
| <input type="checkbox"/> Аутоиммунный Зоб<br>Hashimoto's Disease                 | <input type="checkbox"/> Язвенный Колит<br>Ulcerative Colitis                       | <input type="checkbox"/> Воспалительное Заболевание Кишечника<br>Inflammatory Bowel Disease   |

**Вопросы для Женщин:** *просьба отметить всё, что имеет отношение к вам*  
**Female questions:** *please check all that apply*

- У меня закончился климакс. Если вы ответили утвердительно, то в каком возрасте? \_\_\_\_\_  
 I have gone through menopause. If true, at what age?
- Мои менструации до некоторой степени нерегулярны и, возможно, у меня наступил предклимактерический период.  
 My periods are somewhat irregular and I may be in perimenopause.
- Мой врач считает, что мне могут потребоваться эстрогеновые добавки.  
 My doctor thinks I may need estrogen supplements.
- У меня был рак молочной железы.  
 I have had breast cancer.
- В моём семейном анамнезе (т.е., в истории состояния здоровья ближайших родственников) имеется рак молочной железы. I have a family history of breast cancer.
- Я перенесла гистерэктомию (операцию по удалению матки). Если вы ответили утвердительно, то в каком возрасте? \_\_\_\_\_

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**

Harborview Medical Center – UW Medical Center  
 Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
 Seattle, Washington

**BONE DENSITY QUESTIONNAIRE**

**PAGE 1 OF 2**

**\*U2761\***

\*U2761\*

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12

I had a hysterectomy.

If true, at what age?

- Мне удалили хирургическим путём **Один/Оба** (обвести кружком что-либо одно) яичник(а).  
 I had **one / both** (circle 1) of my ovaries surgically removed.

Если вы ответили утвердительно, то в каком возрасте? \_\_\_\_\_

If true, at what age?

- До наступления климакса мои менструации часто были нерегулярными.  
 Previous to menopause, my periods were often irregular.

**Какие лекарства вы принимаете?** просьба отметить всё, что имеет отношение к вам  
**What medications have you taken?** please check all that apply

- Я принимаю СТЕРОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (ПРЕДНИЗОН).  
 I have taken STEROIDS (PREDNISONE).
- Я принимаю таблетки ДЛЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.  
 I have taken THYROID PILLS.
- Я принимаю ДИЛАНТИН или ФЕНОБАРБИТАЛ.  
 I have taken DILANTIN or PHENOBARBITAL.
- Я принимаю ГЕПАРИН.  
 I have taken HEPARIN.
- Я принимаю ФОСАМАКС.  
 I have taken FOSAMAX.
- Я принимаю МИАКАЛЬЦИН или КАЛИМАР.  
 I have taken MIACALCIN or CALIMAR.
- Я принимаю препарат ЭВИСТА.  
 I have taken EVISTA.
- Я принимаю ЭСТРОГЕН (Премарин, Эстрогеновый пластырь, и т.п.)  
 I have taken ESTROGEN (Premarin, Estrogen Patch, etc.)

**ПРОСЬБА ПЕРЕВЕРНУТЬ ЭТОТ ЛИСТ И ЗАПОЛНИТЬ ОБОРОТНУЮ СТОРОНУ**  
**PLEASE TURN THE PAPER OVER AND COMPLETE THE BACKSIDE**

PATIENT SIGNATURE	PRINT NAME	DATE	TIME
-------------------	------------	------	------

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**

Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**BONE DENSITY QUESTIONNAIRE**

**PAGE 2 OF 2**

**\*U2761\***

\*U2761\*

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12

**Привычки, влияющие на состояние костей:** *просьба отметить всё, что имеет отношение к вам*

**Habits that effect bone:** *please check all that apply*

- Я принимаю кальциевые пищевые добавки по меньшей мере 3 – 4 раза в неделю.  
I take calcium supplements at least 3 – 4 times per week.  
Если это так, то какова доза \_\_\_\_\_ If so, what is the dosage
- Я каждый день потребляю пищу, богатую кальцием. I eat calcium rich foods every day.
- Я не переношу молочные продукты. I am unable to tolerate milk products.
- Я редко потребляю молочные продукты. I seldom consume milk products.

**В течение недели**

**Per week,**

я испытываю физические нагрузки: (обвести кружком что-либо одно) I exercise: (circle one)  
0 / в неделю 1 - 2 раза в неделю 3 – 4 раза в неделю 5 – 6 раз в неделю 7раз в неделю  
0 / week 1 - 2 / week 3 – 4 / week 5 - 6 / week 7 / week

**Факторы риска:** *просьба отметить всё, что имеет отношение к вам*

**Risk Factors:** *please check all that apply*

- Мой рост уменьшился более, чем на 1 дюйм. I have lost more than 1 inch in height.
- Ранее на основании рентгеновских снимков мне был поставлен диагноз некоторой потери костной массы. I had some bone loss diagnosed previously from an x-ray.
- В верхней части спины у меня развилась сутулость (“Горб Вдовы”)  
I have developed a curved upper back (“Dowager’s Hump”)
- Я инвалид и не в состоянии двигаться. I am disabled and immobilized.
- В этом году я падал более одного раза. I have fallen more than 1 time this year.
- За последние 5 лет у меня были переломы костей.  
I have had a broken bone(s) in the last 5 years.

**Если это так, то**

**If true,**

Каких костей? Which bones? \_\_\_\_\_

Как это произошло? How did it happen? \_\_\_\_\_

**FRAX:** *просьба отметить всё, что имеет отношение к вам*

*please check all that apply*

- В среднем я выпиваю **3** или более порций алкогольных напитков в день.  
On average, I drink **3** or more alcoholic beverage per day.  
(12 унций Пива, 5 унций Вина, 1,5 унции Крепких Спиртных напитков)  
(12 oz Beer, 5 oz Wine, 1.5 oz Spirits)

PATIENT SIGNATURE	PRINT NAME	DATE	TIME
-------------------	------------	------	------

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**

Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**BONE DENSITY QUESTIONNAIRE**

**PAGE 2 OF 2**

**\*U2761\***

\*U2761\*

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12

У моей матери или у отца имелись переломы или трещины бедра.

My mother or father broke or fractured their hip.

В течение более, чем 3-х месяцев я принимаю Преднизон, Кортизон или глюкокортикостероидный препарат.

I have taken Prednisone, Cortisone, or a glucocorticosteroid for longer than 3 months.

У меня были переломы, надломы или трещины костей во взрослом возрасте.

As an adult, I have broken, fractured, or cracked a bone.

*(кости головы, шеи, ладоней, стоп и коленных чашечек, а также переломы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий, не считаются)*  
*(do not count bones in the head, neck, hands, feet or knee cap, or fractures from a car accident)*

У меня имеются серьёзные проблемы с печенью, почками, кишечником, лёгкими, кровью, гормональным обменом или мышцами, либо я болен диабетом, у меня бывают припадки, я перенёс инсульты.

I have a serious medical problem with my liver, kidneys, intestines, lungs, blood, hormones or muscles, or have diabetes, seizures, or strokes.

Мой врач сообщил мне, что я болен ревматоидным артритом.

My doctor has told me that I have rheumatoid disease.

В настоящее время я курю сигареты.

I currently smoke cigarettes.

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ВРЕМЯ, ПОТРАЧЕННОЕ ВАМИ НА ЗАПОЛНЕНИЕ ДАННОГО ВОПРОСНИКА**  
**THANK YOU FOR TAKING THE TIME TO COMPLETE THIS QUESTIONNAIRE**

PATIENT SIGNATURE	PRINT NAME	DATE	TIME
-------------------	------------	------	------

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**

Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**BONE DENSITY QUESTIONNAIRE**

**PAGE 2 OF 2**

**\*U2761\***

\*U2761\*

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12