

Bone Density Questionnaire

المركز الطبي جامعة واشنطن - علم الأشعة
استبيان كثافة العظام

ARABIC

Name الاسم _____ Birthday تاريخ الميلاد ____/____/____

Current Height الطول الحالي _____ Current Weight الوزن الحالي _____ lbs رطل.

What is your ethnic group ما هي المجموعة العرقية التي تنتمي اليها؟ WHITE ابيض / BLACK اسود / HISPANIC اسباني / ASIAN اسيوي / OTHER غير ذلك (circle one واحدة حول)

Yes No

Are you pregnant?

نعم لا

هل من الممكن ان تكونين حامل؟

Yes No

Is there metal in your Lumbar Spine (lower back)?

نعم لا

هل هناك معادن في العمود الفقري (أسفل الظهر)؟

Yes No

Is there metal in either Hip?

نعم لا

هل هناك معادن في اية من اعلي الفخذين؟

Yes No

Do you have Hyperparathyroidism?

لا نعم

هل لديك فرط في نشاط جارات الدرقية؟

Yes No

Have you had a barium study in the past 10 days?

لا نعم

هل أجريت دراسة الباريوم خلال الأيام العشرة الماضية؟

Yes No

On average, do you consume more than 2 alcoholic beverages per day?

لا نعم

(12 oz. beer, 5 oz. wine, 1.5 oz. spirits)

لا نعم

في المتوسط، هل تستهلك أكثر من 2 من المشروبات الكحولية في اليوم الواحد؟

Yes No

Does your mother or father have a history of hip fracture?

لا نعم

هل والدك أو والدتك لديهما تاريخ مع الكسر في اعلي الفخذ؟

Yes No

Have you taken oral Prednisone, or other glucocorticoids, for more than 3 months at a dose of 5mg or more daily?

لا نعم

هل اخذت هذه الادوية عن طريق الفم بريدنيزون ، أو غيرها من جلايكورتيكويدز ، لأكثر من 3 أشهر بجرعة 5 ملجم أو أكثر يوميا.

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

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

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE - AR

Page 1 of 2



U2761

UH2761AR REV JAN 19

Yes No

Do you have a history of fracture in your adult life? (*Do not count bones in the head, neck, hands, feet, or knee cap, or fractures from car accidents or other high impact traumas*)

لا نعم

هل لديك تاريخ مع الكسور في عمرك البالغ؟ (لا تحسب العظام في الرأس أو الرقبة أو اليدين أو القدمين أو غطاء الركبة أو الكسور الناجمة عن حوادث السيارات أو غيرها من الصدمات شديدة التأثير)

Yes No

Do you have a confirmed diagnosis of Rheumatoid Arthritis?

لا نعم

هل لديك تشخيص مؤكد لالتهاب المفاصل الروماتويدي؟

Yes No

Do you currently smoke tobacco?

لا نعم

هل تدخن التبغ حالياً؟

Arabic Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

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

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE - AR

Page 2 of 2



U2761

UH2761AR REV JAN 19