

UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER – RADIOLOGY
Bone Density Questionnaire



**Вопросник для заполнения перед проведением теста на определение
плотности костной ткани**

Russian

Name _____
Имя и фамилия _____

Birthday ____/____/____
Дата рождения ____/____/____

Current Height _____
Текущий рост _____

Current Weight _____ lbs.
Текущий вес _____ фунтов.

What is your ethnic group? **WHITE / BLACK / HISPANIC / ASIAN / OTHER** (circle one)

К какой этнической группе Вы принадлежите? **БЕЛЫЙ/БЕЛАЯ
/АФРОАМЕРИКАНЕЦ/АФРОАМЕРИКАНКА ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ/ЛАТИНОАМЕРИКАНКА
АЗИАТ/АЗИАТКА ДРУГОЕ** (обведите кружком)

-
- Yes No Are you pregnant?
 Да Нет Вы беременны?
- Yes No Is there metal in your Lumbar Spine (lower back)?
 Да Нет Имеется ли металл у Вас в поясничном отделе позвоночника (в
пояснице)?
- Yes No Is there metal in either Hip?
 Да Нет Имеется ли металл у Вас в одном из тазобедренных суставов?
- Yes No Do you have Hyperparathyroidism?
 Да Нет Был ли Вам поставлен диагноз гиперпаратиреоза?
- Yes No Have you had a barium study in the past 10 days?
 Да Нет Проходили ли Вы обследование с использованием бария за
последние 10 дней?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE - RU

Page 1 of 2



U2761

UH2761RU REV JAN 20



- Yes No **On average, do you consume more than 2 alcoholic beverages per day?**
(12 oz. beer, 5 oz. wine, 1.5 oz. spirits)
- Да Нет **Употребляете ли Вы в среднем более 2-х порций алкогольных напитков в день?** (12 унций пива, 5 унций вина, 1,5 унции спиртных напитков)
- Yes No **Does your mother or father have a history of hip fracture?**
- Да Нет **Был ли у Вашей матери или у Вашего отца анамнез (история) переломов шейки бедра?**
- Yes No **Have you taken oral Prednisone, or other glucocorticoids, for more than 3 months at a dose of 5mg or more daily?**
- Да Нет **Принимали ли Вы перорально Преднизон или другие глюкокортикоидные препараты ежедневно на протяжении более, чем 3-х месяцев с дозировкой в 5мг или более?**
- 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)
- Да Нет **Были ли у Вас переломы костей во взрослом возрасте?** (Не учитываются кости головы, шеи, кистей рук, ступней, коленной чашечки и переломы костей, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий или других ударно-противоударных травм)
- Yes No **Do you have a confirmed diagnosis of Rheumatoid Arthritis?**
- Да Нет **Имеется ли у Вас подтверждённый диагноз ревматоидного артрита?**
- Yes No **Do you currently smoke tobacco?**
- Да Нет **Вы курите или употребляете табачные изделия в настоящее время?**

Russian Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE - RU

Page 2 of 2



U2761

UH2761RU REV JAN 20