

## Mikkeli Osteoporoosi-Indeksi (MOI)

<b>Päivämäärä</b>
<b>Lomakkeen täytti</b>

<b>Nimi</b>	<b>Syntymäaika</b>		
<b>Aikuispituus 30-vuotiaana</b> <b>cm</b>	<b>Pituus nyt</b> <b>cm</b>	<b>Paino nyt</b> <b>kg</b>	
<b>Onko Teillä jo todettu osteoporoosi?</b> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
<b>Jos vastasitte kyllä edelliseen kysymykseen, niin onko teillä lääkitys osteoporoosiin?</b> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Lääkkeen tai lääkkeiden nimi/nimet      Lääkkeen annos			

### Osteoporoosiriskipisteet (laita ruksi oikean vaihtoehdon kohdalle)

	Riskipisteet	
<b>1. Ikä</b>	<55v	0 <input type="checkbox"/>
	55-59v	1 <input type="checkbox"/>
	60-64v	2 <input type="checkbox"/>
	65-69v	3 <input type="checkbox"/>
	70-74v	4 <input type="checkbox"/>
	>75 v	6 <input type="checkbox"/>
<b>2. Paino</b>	≥81kg	0 <input type="checkbox"/>
	71-80kg	1 <input type="checkbox"/>
	64-70kg	2 <input type="checkbox"/>
	58-64kg	3 <input type="checkbox"/>
	≤57kg	4 <input type="checkbox"/>
<b>3. Onko Teillä nyt tai aikaisemmin aikuisiässä ollut kaatumiseen liittyvä, matalaenerginen(=kaatuminen samalla tasolla) luunmurtuma?</b>  <b>Mikä murtuma?</b>	Ei	0 <input type="checkbox"/>
	Kyllä	2 <input type="checkbox"/>
<b>4. Onko vanhemmillanne/sisaruksillanne ollut lonkkamurtuma tai paha vanhuuden köyryselkä tai pituuden lyheneminen?</b>	Ei	0 <input type="checkbox"/>
	Kyllä	2 <input type="checkbox"/>
<b>5. Tupakoitteko säännöllisesti?</b>	Ei	0 <input type="checkbox"/>
	Kyllä	2 <input type="checkbox"/>
<b>6. Onko pituutenne lyhentynyt?</b>	Ei	0 <input type="checkbox"/>
	Kyllä 3-4cm	1 <input type="checkbox"/>
	Kyllä ≥5cm	2 <input type="checkbox"/>
<b>7. Tarvitsetteko tuolista noustessa tukea käsinojista?</b>	Ei	0 <input type="checkbox"/>
	Kyllä	2 <input type="checkbox"/>

**Yhteispisteet**

**Mahdolliseen sekundaariseen osteoporoosiin viittaavia tekijöitä (ei lisäriskipisteitä):**

<p><b>8. Oletteko käyttänyt kortisonia suun kautta yli 3 kk?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/></p>
<p><b>9. Onko Teillä ruoansulatuskanavan imeytymishäiriö tai kasvisruokavalio?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/> Minkälainen häiriö</p>
<p><b>10. Onko Teillä joku pitkäaikainen perussairaus?</b> (reuma, sokeritauti, astma, maksa/munuaissairaus, hormonihäiriö tms.)                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/> Minkälainen sairaus</p>
<p><b>11. Ovatko kuukautisenne loppuneet alle 45-vuotiaana?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/></p>

**Hoitoon vaikuttavia tietoja:**

<p><b>12. Harrastatteko kävelyä/liikuntaa säännöllisesti?</b>(ainakin 3 kertaa viikossa ½ tuntia - 1 tunti kerrallaan)                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/></p>
<p><b>13. Käytättekö päivittäin maitotuotteita?</b>(maito/jogurtti/piimä yli 2 lasia tai juustoa yli 3 siivua päivässä)                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/></p>
<p><b>14. Onko teillä vaihdevuosivaivoja?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/></p>
<p><b>15. Oletteko kaatunut toistuvasti ½ vuoden sisällä?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/></p>
<p><b>16. Onko teillä käytössä rauhoittavia tai unilääkkeitä?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/> Mitä lääkkeitä</p>
<p><b>17. Hoidatatteko hampaanne säännöllisesti hammaslääkärillä/hammashoitajalla?</b>                  Ei <input type="checkbox"/>                  Kyllä <input type="checkbox"/> Milloin viimeksi</p>