

SCHEDA INFORMATIVA SULLA MALATTIA OSSEA NEI PAZIENTI ITALIANI

CON MALATTIA DI GAUCHER

Medico referente	_____
Telefono	_____
Fax	_____
e-mail	_____

Iniziali del paziente	_____	
Sesso	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Data di nascita	_____	
Età diagnosi	_____	
Splenectomia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sintomi neurologici	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Anno d'inizio ERT	_____	
Dosaggio iniziale ERT	_____ U/Kg/ogni 2 settimane	
Dosaggio attuale ERT	_____ U/Kg/ogni 2 settimane	
Terapia con difosfonati	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	dal _____ al _____	
	efficacia trattamento (valutata mediante DEXA) si <input type="checkbox"/>	
	no <input type="checkbox"/>	

ALTRE CONDIZIONI CHE POSSANO INTERFERIRE CON LA MALATTIA OSSEA

Menopausa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie della tiroide	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie delle paratiroidi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Iperprolattinemia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Diabete mellito	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie croniche intestinali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie renali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie epatiche	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Trattamento con farmaci	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	(se si, specificare) _____

SINTOMATOLOGIA CLINICA

Crisi ossee	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Fratture	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	numero fratture _____
Protesi d'anca	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

ESAMI STRUMENTALI RELATIVI ALLA MALATTIA OSSEA

DEXA prima dell'inizio della terapia Z score _____ T score _____
ultimo controllo Z score _____ T score _____

RX arti inferiori Alterazione del rimodellamento metafisario si no

RMN (coronale sequenze T1 e T2 pesate dell'intero femore) prima dell'inizio della terapia

~~///~~ INFILTRAZIONE MIDOLLARE

Femore sinistro si no

testa femorale

grande trocantere

metafisi prossimale

diafisi

metafisi distale

epifisi distale

Femore destro si no (se si specificare)

testa femorale

grande trocantere

metafisi prossimale

diafisi

metafisi distale

epifisi distale

~~///~~ INFARTI OSSEI

si no

~~///~~ OSTEONECROSI

si no

RMN (coronale sequenze T1 e T2 pesate dell'intero femore) dell'ultimo controllo eseguito il _____

~~///~~ INFILTRAZIONE MIDOLLARE

Femore sinistro si no

testa femorale

grande trocantere

metafisi prossimale

diafisi

metafisi distale

epifisi distale

Femore destro si no (se si specificare)

testa femorale

grande trocantere

metafisi prossimale

diafisi

metafisi distale

epifisi distale

~~///~~ INFARTI OSSEI

si no

~~///~~ OSTEONECROSI

si no

ESAMI DI LABORATORIO RELATIVI ALLA CONDIZIONE INFIAMMATORIA

riportare i dati dell'ultimo controllo eseguito il _____

VES _____
Gamma globulinemia _____
IgG _____
IgM _____
IgA _____
Fibrinogenemia _____
Ferritinemia _____

ESAMI EMATOLOGICI E MARCATORI BIOLOGICI

riportare i dati dell'ultimo controllo eseguito il _____

Hb _____
Piastrine _____
Leucociti _____
Chitotriosidasi _____
ACE _____
TRAP _____