

PROLIA

RIVALUTAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data Rivalutazione*:	____/____/____ (gg mm aaaa)
Valori di T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno*	_____
Ci sono state nel corso del trattamento delle fratture?*	Si No
Se sì, indicare quale*	frattura vertebrale clinica frattura non vertebrale frattura non vertebrale maggiore
Il paziente continua il trattamento? *	Si No

 Nome del Medico

 Data

 Firma