

## IRO – Indice Rischio Osteoporosi

Punteggio che esprime le probabilità di insorgenza dell'osteoporosi

Il questionario elenca i fattori di rischio che provocano osteoporosi. Compilandolo potrai comprendere e conoscere i fattori di rischio a cui sei esposto, per focalizzarli e provare a rimuoverli o almeno a ridurli.

| A) Informazioni generali                                                                                                                            | Risposta | Punteggio |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Sesso                                                                                                                                               | M        | 0         |
|                                                                                                                                                     | F        | 15        |
| Età                                                                                                                                                 | <50      | 0         |
|                                                                                                                                                     | 50-60    | 10        |
|                                                                                                                                                     | 60-70    | 20        |
|                                                                                                                                                     | >70      | 30        |
| Peso                                                                                                                                                |          |           |
| Altezza (cm)                                                                                                                                        |          |           |
| Menopausa precoce (prima dei 45 anni) o chirurgica                                                                                                  | Sì       | 30        |
|                                                                                                                                                     | No       | 0         |
| <b>B) Familiarità</b>                                                                                                                               |          |           |
| Ai tuoi parenti stretti (genitori, nonni, fratelli, sorelle) è stata mai diagnosticata osteoporosi?                                                 | Sì       | 15        |
|                                                                                                                                                     | No       | 0         |
| <b>C) Attività fisica</b>                                                                                                                           |          |           |
| Segna UNA tra le seguenti definizioni che più si avvicina alle sue abitudini:                                                                       |          |           |
| Svolgo un lavoro sedentario, nel tempo libero non pratico nessuna attività fisica.                                                                  |          | 30        |
| Svolgo attività motoria 2/3 volte a settimana per meno di 30 minuti al giorno (camminare, passeggiata in bici, ballo, giardinaggio leggero).        |          | 15        |
| Tutti i giorni o almeno 4/5 volte a settimana pratico attività motoria per almeno un'ora (passeggiata a passo svelto, corsa, tennis o altri sport)  |          | 0         |
| Sei stato mai costretto ad un periodo prolungato (> 1mese) di immobilità (letto, carrozzina) in seguito a malattia, trauma o intervento chirurgico? | Sì       | 30        |
|                                                                                                                                                     | No       | 0         |
| Hai indossato o indossi un corsetto, un tutore ortopedico o busto gessato per un periodo maggiore di un 1 mese?                                     | Sì       | 30        |
|                                                                                                                                                     | No       | 0         |
| Trascorri almeno 20 minuti al giorno all'aria aperta tutti i giorni?                                                                                | Sì       | 0         |
|                                                                                                                                                     | No       | 20        |

|                                                                                                                                                                                       |         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
| <b>D) Farmaci</b>                                                                                                                                                                     |         |    |
| Ti sei sottoposto, o ti sottoponi tuttora, ad una terapia a base di corticosteroidi (per uso ad esempio antinfiammatorio, antireumatico, antiallergico) per 3 mesi consecutivi o più? | Sì      | 30 |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 0  |
| Fai uso regolare di lassativi?                                                                                                                                                        | Sì      | 10 |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 0  |
| Fai uso regolare di diuretici?                                                                                                                                                        | Sì      | 10 |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 0  |
| <b>E) Abitudini alimentari</b>                                                                                                                                                        |         |    |
| Consumi 1 tazza (circa 200 ml) di latte al giorno?                                                                                                                                    | Sì      | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 10 |
| Consumi 1 porzione di yogurt (circa 150 gr) al giorno?                                                                                                                                | Sì      | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 10 |
| Bevi almeno 1,5 litri di acqua minerale al giorno?                                                                                                                                    | Sì      | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 10 |
| Quanta carne rossa consumi alla settimana?                                                                                                                                            | <600 gr | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | >600 gr | 10 |
| Consumi abitualmente (3 o più volte a settimana) pesce?                                                                                                                               | Sì      | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 10 |
| Consumi abitualmente un po' di parmigiano grana (per esempio per condire pasta, riso, ecc..; 2 cucchiaini = 20 gr circa) o qualche altro tipo di formaggio in quantità moderate?      | Sì      | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 10 |
| Consumi quotidianamente almeno 300 gr tra verdure, ortaggi e legumi? (1 porzione di insalata = 50 gr circa; 1 porzione di legumi cotti = 250gr)                                       | Sì      | 0  |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 10 |
| <b>F) Cattive abitudini</b>                                                                                                                                                           |         |    |
| Sei un fumatore?                                                                                                                                                                      | Sì      | 10 |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 0  |
| Se sì quante al giorno?                                                                                                                                                               | <10     | 10 |
|                                                                                                                                                                                       | >10     | 30 |
| Consumi più di 2-3 Unità Alcoliche (U.I.) al giorno? (U.I.= 1 bicchiere di vino = 125 ml; 1 bicchiere di birra = 330 ml; 1 bicchiere di superalcolico = 40 ml)                        | Sì      | 10 |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 0  |
| Bevi più di 3 caffè al giorno?                                                                                                                                                        | Sì      | 10 |
|                                                                                                                                                                                       | No      | 0  |
| <b>Informazioni complementari</b>                                                                                                                                                     |         |    |
| Hai mai eseguito una MOC (mineralometria ossea computerizzata)?                                                                                                                       | Sì      |    |
|                                                                                                                                                                                       | No      |    |
| Se sì, quali sono stati i risultati?                                                                                                                                                  |         |    |
|                                                                                                                                                                                       |         |    |