

**Bone Density Questionnaire**

المركز الطبي جامعة واشنطن - علم الأشعة  
استبيان كثافة العظام

ARABIC

Name الاسم \_\_\_\_\_ Birthday الميلاد تاريخ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Current Height الطول الحالي \_\_\_\_\_ Current Weight الوزن الحالي \_\_\_\_\_ lbs رطل.

What is your ethnic group ما هي المجموعة العرقية التي تنتمي اليها؟ WHITE ابيض / BLACK اسود / HISPANIC اسباني / ASIAN اسيوي / OTHER غير ذلك (circle one واحدة حول)

Yes  No

**Are you pregnant?**

نعم  لا

هل من الممكن ان تكونين حامل؟

Yes  No

**Is there metal in your Lumbar Spine (lower back)?**

نعم  لا

هل هناك معادن في العمود الفقري (أسفل الظهر)؟

Yes  No

**Is there metal in either Hip?**

نعم  لا

هل هناك معادن في اية من اعلي الفخذين؟

Yes  No

**Do you have Hyperparathyroidism?**

لا  نعم

هل لديك فرط في نشاط جارات الدرقية؟

Yes  No

**Have you had a barium study in the past 10 days?**

لا  نعم

هل أجريت دراسة الباريوم خلال الأيام العشرة الماضية؟

Yes  No

**On average, do you consume more than 2 alcoholic beverages per day?**

لا  نعم

(12 oz. beer, 5 oz. wine, 1.5 oz. spirits)

في المتوسط، هل تستهلك أكثر من 2 من المشروبات الكحولية في اليوم الواحد؟

Yes  No

**Does your mother or father have a history of hip fracture?**

لا  نعم

هل والدك أو والدتك لديهما تاريخ مع الكسر في اعلي الفخذ؟

Yes  No

**Have you taken oral Prednisone, or other glucocorticoids, for more than 3 months at a dose of 5mg or more daily?**

لا  نعم

هل اخذت هذه الادوية عن طريق الفم بريدنيزون ، أو غيرها من جلايكورتيكويدز ، لأكثر من 3 أشهر بجرعة 5 ملجم أو أكثر يوميا.

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 - AR**

Page 1 of 2



\*U2761\*

UH2761AR REV JAN 20

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*)

لا  نعم

هل لديك تاريخ مع الكسور في عمرك البالغ؟ (لا تحسب العظام في الرأس أو الرقبة أو اليدين أو القدمين أو غطاء الركبة أو الكسور الناجمة عن حوادث السيارات أو غيرها من الصدمات شديدة التأثير)

Yes  No

**Do you have a confirmed diagnosis of Rheumatoid Arthritis?**

لا  نعم

هل لديك تشخيص مؤكد لالتهاب المفاصل الروماتويدي؟

Yes  No

**Do you currently smoke tobacco?**

لا  نعم

هل تدخن التبغ حالياً؟

Arabic 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 - AR**

Page 2 of 2



\*U2761\*

UH2761AR REV JAN 20