

Questionnaire ostéodensitométrie

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Renseignements cliniques indispensables

Age du patient Age de la ménopause Sexe : M / F Poids : kg Taille : cm

Date de la dernière ostéodensitométrie :

Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant oui ou non

- 1) La patiente est une **femme > 65 ans** **ET** a un **antécédent familial** de fracture de la hanche (Mère/père - grands-parents - sœur/frère - tante/oncle) OUI / NON
- 2) Quel que soit l'âge ou le sexe du patient, il a / a eu :
- a. Une **fracture / tassement vertébral** suite à un traumatisme minime survenu à l'âge adulte et qui n'aurait pas provoqué de fracture chez un individu en bonne santé OUI / NON
 - b. Une **fracture des bras ou des jambes** (sauf doigt et orteil) sur **traumatisme minime** (les fractures du crâne, de la face ou de la colonne cervicale sont exclues) OUI / NON
 - c. Un traitement à base de **cortisone** pendant plus de 3mois consécutifs et comportant plus de 7.5mg de prednisolone/jour, soit plus de **6mg de Médrol/jour** OUI / NON
 - d. Un traitement **anti-hormonal** suite à un cancer, **OU** une **ménopause** induite par un traitement **oncologique** OUI / NON
 - e. Une des maladies suivantes :
 - Polyarthrite rhumatoïde prouvée par examens OUI / NON
 - Hyperthyroïdie évolutive non traitée OUI / NON
 - Hyperprolactinémie OUI / NON
 - Hypogonadisme de longue durée (y compris ablation testiculaires ou traitement hormonal) OUI / NON
 - Hypercalciurie rénale OUI / NON
 - Hyperparathyroïdie primaire OUI / NON
 - Osteogénèse imparfaite OUI / NON
 - Maladie ou syndrome de cushing OUI / NON
 - Anorexie mentale avec BMI <19kg/m² OUI / NON
 - Ménopause avant 45ans OUI / NON

Conditions de remboursement (à compléter obligatoirement)

- Le / La patient(e) : ☐ Entre dans les conditions de remboursement
- ☐ N'entre **pas** dans les conditions de remboursement

Date

Cachet et signature du médecin