

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Numéro de téléphone :	
Examen souhaité le :	

**Examen prévu**

Date :  
Heure :

**Demande d'examen :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Densitométrie osseuse (TBS + VFA) | <input type="checkbox"/> DXA pédiatrique (moins de 20 ans)                              |
| <input type="checkbox"/> Composition corporelle            | <input type="checkbox"/> FLS (labo)   |
| <input type="checkbox"/> Examen supplémentaire : _____     | <input type="checkbox"/> DXA sans consilium <input type="checkbox"/> DXA avec consilium |

**Examen à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon Annexe 1 OPAS :**

- En cas d'ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture lors d'un traumatisme inadéquat.
- En cas de thérapie à long terme à la cortisone, d'hypogonadisme, d'hyperparathyroïdisme.
- En cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose (un examen couvert tous les deux ans).
- En cas de malabsorption intestinale.
- En cas d'ostéogénèse imparfaite.
- En cas de VIH.
- En cas de thérapie à base d'inhibiteurs de l'aromatase après / avant ménopause.

**Examen pour d'autres indications :**

- En cas de ménopause.
- Autres (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Si le rapport d'interprétation révèle une ostéoporose, l'assureur-maladie couvre l'examen par l'assurance obligatoire des soins, autrement les frais seront facturés directement au patient et resteront à sa charge.

**Facteurs de risque :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ménopause précoce / aménorrhée | <input type="checkbox"/> Hystérectomie  |
| <input type="checkbox"/> Sédentarité                    | <input type="checkbox"/> Tabagisme      |
| <input type="checkbox"/> Corticothérapie                | <input type="checkbox"/> Famille        |
| <input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en calcium | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

**Thérapie ostéoprotectrice : cocher et indiquez la durée svp.**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fosamax                   | <input type="checkbox"/> Alendron         | <input type="checkbox"/> Fosavance      |
| <input type="checkbox"/> Actonel                   | <input type="checkbox"/> Bonviva po       | <input type="checkbox"/> Bonviva iv     |
| <input type="checkbox"/> Aclasta                   | <input type="checkbox"/> Evista           | <input type="checkbox"/> Forsteo        |
| <input type="checkbox"/> Prolia                    | <input type="checkbox"/> Caldé 3f         | <input type="checkbox"/> Cal dé 3 FF    |
| <input type="checkbox"/> Calperos D3               | <input type="checkbox"/> Calcimagon D3    | <input type="checkbox"/> Calcimagon D3F |
| <input type="checkbox"/> Vidé 3 gttes              | <input type="checkbox"/> Vidé 3 i.m       | <input type="checkbox"/> Evenity        |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> Question : _____ |   |

Enceinte :  oui  non      Signature de la patiente : \_\_\_\_\_

**Clichés comparatif et copie d'ancien(s) rapport(s) D-XA :**

- Joints       Suivront       Sans

Médecin demandeur :

Timbre et signature :

Copie rapport à :