

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 :