

QUESTIONNAIRE AVANT OSTEODENSITOMETRIE



Ce questionnaire médical est nécessaire pour l'interprétation des résultats de votre examen.
Il servira à déterminer si votre examen entre dans le cadre de
REMBOURSEMENT PAR LA SECURITE SOCIALE A DETERMINER

NOM : PRENOM :
AGE : POIDS : TAILLE :
MENOPAUSE : OUI NON Si oui, à quel âge :

À remplir par le service
IMC :
PDS :

Veuillez entourer les bonnes réponses

➤ **CAS N° 1 - C'EST LA PREMIERE FOIS QUE VOUS FAITES CET EXAMEN**

Avez-vous déjà eu une fracture vertébrale, hors traumatisme important ou contexte tumoral ?	OUI NON
Avez-vous déjà eu une fracture d'un membre, sans traumatisme important ? (sauf les orteils et les doigts, rachis cervical et crâne)	OUI NON
Prenez-vous un traitement par Corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutif, à une dose > 7.5 mg/jour équivalent prednisone ?	OUI NON
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une de ces affections (documentée) ? Hypogonadisme prolongé (orchidectomie ou médicamenteuse, traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hyperparathyroïdie primitive, hypercorticisme, ostéogénèse imparfaite.	OUI NON

➤ **CAS N°2 - CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE ou sous traitement hormonal de la ménopause**

IMC ≤ 19 kg/m ² (sera calculé par le technicien)	OUI NON
Avez-vous été ménopausée avant 40 ans ?	OUI NON
Avez-vous un parent de premier degré (père, mère) qui a eu une fracture du col du fémur sans traumatisme important ?	OUI NON
Avez-vous un ATCD de prise de Corticoïde d'une durée d'au moins 3 mois consécutif, à une dose > 7.5 mg/jour équivalent prednisone ?	OUI NON

➤ **CAS N°3 - VOUS AVEZ DEJA EU UNE OSTEODENSITOMETRIE**

Cet examen est-il demandé suite à l'arrêt d'un traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable ?	OUI NON
Vous êtes ménopausée sans fracture ; aucun traitement n'a été mis en route après une précédente ostéo ; votre précédent examen date de plus de 3 ans et de nouveaux facteurs de risques sont apparus	OUI NON

Cadre à remplir par la manipulatrice

EXAMEN ENTRANT DANS LE CADRE DE **REMBOURSEMENT PAR LA SECURITE SOCIALE**

OUI NON

SIGNATURE DU PATIENT :

DATE :