

Examen de densitométrie osseuse (DXA)

Demande de remboursement conforme aux critères de remboursement (AR 28 Juin 2010)

Données patient (remplir ou coller une vignette)

Nom et prénom :

Date de naissance :

L'examen est remboursé chez les patients suivants (peut être renouvelé après 5 ans)

Groupe 1 : Femmes de plus de 65 ans ayant des antécédents familiaux d'ostéoporose à savoir une fracture de la hanche chez un membre de la famille au 1^{er} ou au 2^{ième} degré.

Groupe 2: Quel que soit l'âge ou le sexe si au moins un des facteurs de risque suivants est présent:

- Fracture low impact non oncologique de la colonne
- Antécédents de fracture low impact périphérique à l'exclusion d'une fracture au niveau des doigts, des orteils, du crâne, de la face ou de la colonne vertébrale cervicale
- Patients présentant une corticothérapie prescrite de plus de 3 mois consécutive à un équivalent de > 7,5 mg prednisolone/jour.
- Patients oncologiques sous thérapie anti-hormonale ou en ménopause à la suite d'une thérapie oncologique.
- Patients atteints au moins d'une des affections à risque suivantes :
 - 1. Arthrite rhumatoïde
 - 2. Hyperthyroïdie évolutive non traitée
 - 3. Hyperprolactinémie
 - 4. Hypogonadisme de longue durée (y compris orchidectomie thérapeutique ou traitement de longue durée par « gonadotrophine-releasing-hormone » (GnRH) analogue)
 - 5. Hypercalciurie rénale
 - 6. Hyperparathyroïdie primaire
 - 7. Osteogenesis imperfecta
 - 8. Maladie/Syndrome de Cushing
 - 9. Anorexia nervosa avec Body Mass Index < 19 kg/m²
 - 10. Ménopause précoce (< 45 ans)

Le patient n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement.

Champs à compléter pour l'analyse FRAX obligatoire

Date de naissance :/...../.....

Sexe : Homme Femme poids : kg taille : cm

Antécédents de fracture: oui non

Fractures de la hanche dans la famille jusqu'au 2^{ième} degré : oui non

Tabagisme : oui non

Utilisation de corticoïdes : oui non

Arthrite rhumatoïde : oui non

Ostéoporose secondaire : oui non

Utilisation d'alcool > 3 unités/jour : oui non

Cachet + signature du médecin

Date:/...../.....