

QUESTIONNAIRE — OSTÉODENSITOMÉTRIE

Conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Date de l'examen : ____ / ____ / _____

Conformément aux articles 1 et 2 de la décision du 29 juin 2006 du ministère de la Santé (JO du 30 juin 2006, texte 39), le remboursement de l'examen d'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique est conditionné à la présence d'au moins une des indications ci-dessous. Merci de cocher les cases correspondant à votre situation.

① POUR UN PREMIER EXAMEN — quels que soient l'âge et le sexe

Fracture vertébrale sans traumatisme majeur OUI NON

Fracture périphérique sans traumatisme majeur OUI NON

(sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts, du rachis cervical)

Corticothérapie systémique à long terme OUI NON

aux doses recommandées pour la protection osseuse

Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour équivalent prednisonne OUI NON

Hypogonadisme, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive ou ostéogénèse imparfaite OUI NON

② INDICATIONS SUPPLÉMENTAIRES — femme ménopausée

Y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses inférieures à la population générale

Indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 19 kg/m² OUI NON

Ménopause avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause OUI NON

Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré OUI NON

③ POUR UN SECOND EXAMEN

Arrêt du traitement anti-ostéoporotique OUI NON

hors interruption pour effets indésirables

Chez une femme ménopausée sans fracture, en l'absence de traitement anti-ostéoporotique OUI NON

lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie : une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la première, en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque

④ AUTRE INDICATION

Examen non remboursable par l'Assurance Maladie — à votre charge

Précisez :

① Information importante

Si aucune des indications ci-dessus n'est cochée, l'examen ne pourra pas être pris en charge par l'Assurance Maladie. Un devis vous sera alors proposé avant la réalisation de l'examen. En cas de doute sur les critères ou pour toute question, contactez-nous au 04 22 17 02 22.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Date :
____ / ____ / _____

Signature du patient :