

Ordonnance

Le médecin soussigné prescrit une densitométrie osseuse et un conseil ostéologique chez :

Nom: Prénom: Date de naissance:
 Adresse: NPA: Localité:
 Tél: Assurance maladie: N° AVS :

EXAMEN A CHARGE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS selon Annexe 1 OPAS, cocher la case correspondante

- ☐ 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

EXAMEN POUR D'AUTRES INDICATIONS : COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

☐ En cas de ménopause

☐ Autre :

Si le rapport d'interprétation révèle une ostéoporose, l'assureur-maladie couvre l'examen par l'assurance obligatoire des soins, sinon l'examen est facturé au patient qui est responsable du paiement.

☐ Radiographies (joindre à la demande ou remettre au patient) Cachet et signature :

Date :

Médecin traitant habituel :

✂-----Talon ci-dessous non communiqué à l'assurance -----

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

FACTEURS DE RISQUE

- ☐ Ménopause précoce/aménorrhée
- ☐ Sédentarité
- ☐ Corticothérapie
- ☐ Alimentation pauvre en calcium

- ☐ Hystérectomie
- ☐ Tabagisme Famille
- ☐ mille
- ☐ Autre :

Thérapie ostéoprotectrice : Cocher et indiquer aussi la durée svp.

☐ Fosamax:

☐ Alendron:

☐ Bonviva po:

☐ Evista:

☐ Caldé 3f:

☐ Fosavance:

☐ Bonviva iv:

☐ Forsteo:

☐ Cal dé 3 FF:

☐ Calperos D3:		☐ Calcimagon D3:		☐ Calcimagon D3F:	
☐ Vidé 3 gttes:		☐ Vidé 3 i.m:		☐ Autres :	

Question

Nous vous remercions de joindre la copie d'un ancien rapport d'examen D-XA