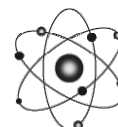




Densitométrie osseuse (DEXA)

Demande conforme au règlement de remboursement
(AR du 2/6/2010, MB du 28/6/2010)



DONNEES RELATIVES AU PATIENT (coordonnées)

Nom:

Date de naissance:

Adresse (ou unité):

.....

CACHET (nom & n° INAMI) ET SIGNATURE

...../...../20.....

INDIQUER LES NOTIONS APPLICABLES:

L'examen est REMBOURSÉ aux patients suivants (remboursé seulement **1x tous les 5 ans**)

- 1° groupe** : femmes âgées 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 premier ou deuxième degré;
- 2° groupe** : quel que soit l'âge ou le sexe si au moins un des facteurs de risque suivants est présent:
 - a) fracture low impact non oncologique de la colonne;
 - b) 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;
 - c) patients présentant une corticothérapie prescrite de plus de 3 mois successifs à un équivalent > 7.5 mg de prednisolone par jour;
 - d) patients oncologiques sous thérapie anti-hormonale ou en ménopause à la suite d'une thérapie oncologique;
 - e) patients atteints au moins d'une des affections à risques suivantes:
 - 1° arthrite rhumatoïde;
 - 2° hyperthyroïdie évolutive non traitée;
 - 3° hyperprolactinémie;
 - 4° hypogonadisme de longue durée (y compris l'orchidectomie thérapeutique ou le 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 ne relève **PAS** de l'un des critères de remboursement susmentionnés (le patient paie par conséquent l'examen; le règlement pour ces patients reste le règlement en vigueur avant le 31/7/2010).

TOUJOURS À COMPLÉTER (nécessaire pour l'analyse FRAX, **aussi obligatoire pour le remboursement**):

1. Âge : _____ (ans) ou date de naissance: ____/____/____
2. Sexe: homme femme
3. Poids: _____ kg
4. Taille: _____ cm
5. Fracture précédente sans traumatisme important: oui non
6. Fracture de la hanche pour l'un des parents: oui non
7. Fumer: oui non
8. Traitement par des glucocorticoïdes: oui non
9. Arthrite rhumatoïde: oui non
10. Risque d'ostéoporose secondaire: oui non (diabète type 1, osteogenesis imperfecta, hyperthyroïdie, hypogonadisme, ménopause <45 ans, sous-alimentation chronique (ex. anorexia nervosa, malabsorption, affections hépatiques chroniques)
11. Consommation d'alcool ≥ 3 unités par jour: oui non