



## 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/m<sup>2</sup>;
    - 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