

ORDONNANCE DU MEDECIN

Le médecin soussigné prescrit une densitométrie osseuse et un consilium 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ménopause précoce/aménorrhée | <input type="checkbox"/> Hystérectomie |
| <input type="checkbox"/> Sédentarité | <input type="checkbox"/> Tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Corticothérapie | <input type="checkbox"/> Famille |
| <input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en calcium | <input type="checkbox"/> Autre : |

Thérapie ostéoprotectrice : Cocher et indiquer aussi la durée svp.

<input type="checkbox"/> Fosamax:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alendron:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fosavance:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Actonel:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bonviva po:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bonviva iv:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Aclasta:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Evista:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forsteo:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prolia:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Caldé 3f:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cal dé 3 FF:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Calperos D3:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Calcimagon D3:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Calcimagon D3F:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Vidé 3 gttes:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vidé 3 i.m:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="text"/>

QUESTION:

JOINDRE SVP LA COPIE D'UN ANCIEN RAPPORT D'EXAMEN D-XA.