

INFORMATIONS ET CONSENTEMENT **DE LA PATIENTE**

Vous allez passer une **seconde** ostéodensitométrie. Cet examen est remboursé par la sécurité sociale sous certaines conditions (décisions du 29 juin 2006, JO du 30 juin 2006).

Vous trouverez ci-joint un **questionnaire**. Si vous êtes concernées par une des situations évoquées, veuillez cocher la case correspondante.

Si vous hésitez ou si vous ne comprenez pas une de ces questions, parlez-en au manipulateur qui vous prend en charge et ensemble complétez ce questionnaire.

Votre questionnaire sera présenté au radiologue qui est seul habilité à donner un avis et qui décidera si votre examen donne lieu ou non à un remboursement.

Madame :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :/...../.....
- Poids :
- Taille :

2nd Examen : PAQK007 B

Vous êtes ménopausée :

Âge de la ménopause : ans

- Antécédent personnel de cancer du sein,
- Arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable,
- Apparition de nouveaux facteurs de risque après une première ostéodensitométrie (datant de 3 à 5 ans) n'ayant pas débouché sur un traitement.

Vous n'êtes pas ménopausée :

Antécédent personnel de cancer du sein.

Vous avez réalisé une première ostéodensitométrie (datant de 1 à 2 ans), vous ne suivez pas de traitement anti-ostéoporotique et vous êtes concernée par :

- Prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs,
- Hypogonadisme prolongé,
- Hyperthyroïdie évolutive non traitée,
- Hyperparathyroïdie primitive,
- Ostéogénèse imparfaite (maladie des « os de verre »).

Vous présentez une ostéogénèse imparfaite (maladie des « os de verre »).

<u>Autres informations</u> médicales vous concernant :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A Nîmes, le/..../.....

Signature du patient :

A remplir par le manipulateur :

➤ Indice de masse corporelle de la patiente :

➤ Questionnaire ouvrant droit à un remboursement :

Oui

Non

Nom du radiologue présent :

Signature :