

## **INFORMATIONS ET CONSENTEMENT** **DU PATIENT**

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 concernés 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.

### **Monsieur :**

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

**2<sup>nd</sup> Examen : PAQK007 B**

### **Vous êtes concerné par :**

- Vous avez réalisé une première ostéodensitométrie (datant de 1 à 2 ans), vous ne suivez pas de traitement anti-ostéoporotique et/ou vous êtes concernés par :
  - Prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs.
  - Hypogonadisme prolongé.
  - Hyperthyroïdie évolutive non traitée.
  - Hyperthyroïdie primitive.
  - Hypercorticisme.
- Vous présentez une ostéogénèse imparfaite (maladie des « os de verre »).

**Autres informations médicales vous concernant :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A Nîmes, le ..../..../.....

Signature du patient :

**A remplir par le manipulateur :**

- Indice de masse corporelle du patient : .....
- Questionnaire ouvrant droit à un remboursement :  
Oui  Non

**Nom du radiologue présent :**

**Signature :**