

INFORMATIONS ET CONSENTEMENT
DE LA PATIENTE

Vous allez passer une **première** 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 :

1^{er} Examen : PAQK007 A

Vous êtes ménopausée :

Âge de la ménopause : ans

- Antécédent personnel de cancer du sein,
- Antécédents de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1^{er} degré (père, mère, sœur, frère).
- Ménopause avant 40 ans.
- Prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs

Vous n'êtes pas ménopausée :

- Antécédent personnel de cancer du sein.
- Fracture vertébrale spontanée sans traumatisme ni tumeur.
- Fracture spontanée périphérique (membres supérieurs ou membres inférieurs) sans traumatisme majeur sauf crâne, orteils, doigts, rachis cervical).
- Prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs
- Hypogonadisme prolongé
- Hyperthyroïdie évolutive non traitée
- Hyperthyroïdie primitive
- Ostéogénèse imparfaite (maladie des « os de verre »)
- 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 de la patiente :
- Questionnaire ouvrant droit à un remboursement :
Oui Non

Nom du radiologue présent :

Signature :