

## **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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 :**