

PRESCRIPTION D'UNE OSTEODENSITOMETRIE

Cochez l'indication retenue afin de permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie.

Conformément à la décision du 29 juin 2006 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (publiée au Journal Officiel le 30 juin 2006).

Pour un premier examen

Dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :

- Découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale sans contexte traumatique ni tumoral évident
- Antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical)
- Corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose supérieure à 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
- Hypogonadisme prolongé
- Hyperthyroïdie évolutive non traitée
- Hypercorticisme
- Hyperparathyroïdie primitive
- Ostéogénèse imparfaite

Indications supplémentaires chez la femme ménopausée, y compris chez les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse

- Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1^{er} degré
- Indice de masse corporelle < (inférieur à) 19 kg/m²
- Ménopause avant 40 ans
- Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose > (supérieure à) 7,5 mg/jour équivalent prednisone

Pour un second examen

- À l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable, chez la femme ménopausée
- Chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une 2^e ostéodensitométrie peut être proposée après 3 à 5 ans en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque

Renseignements cliniques et paracliniques :

Poids :

Taille :

Identification du prescripteur

Identification du patient

Prénom :

NOM :

Date de naissance :

Date de la prescription :

Signature du médecin prescripteur :