



# CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE LAFAYETTE

RADIOLOGIE GÉNÉRALE ET DENTAIRE - ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE - SCANNER - IRM - OSTÉODENSITOMÉTRIE - DOPPLER

SELARL CIM LAFAYETTE - 70 COURS LAFAYETTE - 69003 LYON

TEL. 04 72 61 15 74 - FAX : 04 78 60 80 86

DOCTEUR SYLVIE MARTIN-ARLES

Ancienne Interne des Hôpitaux  
A.E.U. de Sénologie de la faculté de Lyon  
A.E.U. de Foetopathologie de la Faculté de Paris IV  
69 1 70288 0 10003066569

DOCTEUR MICHÈLE GHENASSIA-DOUEK

Ancienne Interne des Hôpitaux  
A.E.U. de Sénologie de Lyon  
69 1 70289 8 10003470860

## OSTEODENSITOMETRIE : QUESTIONNAIRE

VEUILLEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE EN SALLE D'ATTENTE

DATE DE L'EXAMEN :

NOM, PRENOM :

Âge :

Age de la ménopause :

Traitement substitutif de la ménopause :  OUI  NON

Taille :

Poids :

IMC calculée :

**Pourquoi votre médecin vous a prescrit cet examen ?**

**Veillez cocher, si nécessaire, les items vous concernant :**

J'ai présenté une fracture des membres (sauf doigts et, orteils) ou des côtes sans cause traumatique importante (ex : chute).

J'ai présenté une fracture avec tassement de vertèbre (sauf le cou) sans cause traumatique importante (ex : chute).

J'ai été ménopausée avant l'âge de 40 ans (plus de règles)

Mon IMC (poids / taille<sup>2</sup>) est inférieur à 19 kg / m<sup>2</sup>

La personne réalisant votre examen le calculera avec vous si nécessaire.

J'ai pris / je prends un dérivé de la cortisone depuis / pendant plus de 3 mois à des doses supérieures à 7,5 mg/jour.

J'ai eu un cancer du sein

AVEC traitement par anti-aromatases

SANS traitement par anti-aromatases.

J'ai présenté une maladie avec hyper-fonctionnement des glandes thyroïdes, parathyroïdes ou surrénales.

Un de mes proches (père -mère-fils-fille) s'est fracturé le col du fémur.

Je suis suivie pour un traitement de l'ostéoporose et j'arrive à la fin convenue de ce traitement (le plus souvent 3 à 5 ans).

Il s'agit d'un 2<sup>ème</sup> examen d'ostéodensitométrie, le 1<sup>er</sup> ayant été réalisé il y a moins de 5 ans.

**Signature :**

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN

OSTEODENSITOMETRIE REMBOURSABLE

OSTEODENSITOMETRIE NON REMBOURSABLE