



DEMANDE DE REALISATION D'UNE OSTEODENSITOMETRIE

Afin de préciser vos éventuels facteurs de risque d'ostéoporose, nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Nom : **Prénom :**

Nom du médecin prescripteur :

Date de naissance : Taille :cm Poids :kg

Age de la ménopause : ans Spontanée ☐ Chirurgicale ☐

Antécédent de fracture du col fémoral (hanche) Oui ☐ Non ☐

Antécédent de fracture ou tassement vertébral Oui ☐ Non ☐

Traitement de calcium Oui ☐ Non ☐ · Si oui, depuisans

Traitement de vitamine D Oui ☐ Non ☐

Polyarthrite Rhumatoïde Oui ☐ Non ☐

Tabagisme Oui ☐ Non ☐

Alcool : trois verres par jour ou plus Oui ☐ Non ☐

Fracture récente Oui ☐ Non ☐

Antécédent de traitement prolongé à la cortisone
par voie générale (hors pommade et infiltration) Oui ☐ Non ☐

Antécédent de problème thyroïdien Oui ☐ Non ☐

Traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) Oui ☐ Non ☐

Vous êtes une femme :

Avez-vous eu un cancer du sein ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, avez-vous été traitée par une hormonothérapie ? Oui ☐ Non ☐

Vous êtes un homme :

Avez-vous eu un cancer de la prostate ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, avez-vous été traité par une hormonothérapie ? Oui ☐ Non ☐

Antécédent de fracture de hanche chez votre mère
ou votre père Oui ☐ Non ☐