

## DEMANDE D'EXAMEN OSTÉODENSITOMÉTRIE

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER A L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL  
Centre de rendez-vous en imagerie médicale et électrophysiologie CHU de Québec (418) 682-7772

### PROVENANCE DE LA DEMANDE

Hospitalisé  Externe  
 Urgence  Pré-opératoire

### MOBILITE

Ambulant  Fauteuil roulant  
 Civière  Au chevet

### LIEU DE L'EXAMEN

Première disponibilité  
 HSFA  HDQ  CHUL

**PRECAUTIONS ADDITIONNELLES :**  Non  Oui  Ne sais pas  
Si oui, préciser :  Aérienne  Gouttelettes/contact  Contact  Contact renforcé  Autre : \_\_\_\_\_

### NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS (OBLIGATOIRE)

PA (0-3 jours)  PB (4-10 jours)  PC (11-28 jours)  PD (moins de 3 mois)  Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**INDICATION(S) CLINIQUE(S) :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS CLINIQUES :

1. Quel est le sexe à la naissance de la personne?  Féminin  Masculin
2. Y a-t-il prise d'hormonothérapie de changement de genre (testostérone, oestrogène, etc.)?  Non  Oui

### QUESTIONNAIRE NECESSAIRE POUR L'OBTENTION DU RISQUE FRACTURAIRE :

- Thérapie de l'ostéoporose :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_
- Fractures antérieures de fragilisation :  Non  Oui Préciser le site, contexte : \_\_\_\_\_
  - antécédent de fracture antérieure à l'âge adulte survenue spontanément, ou une fracture résultant d'un traumatisme qui, chez un individu en bonne santé, n'aurait pas provoqué une fracture.
- Fracture de hanche chez père ou mère biologique :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_
- Tabagisme actif :  Non  Oui
- Glucocorticoïdes :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_
  - Dose de prednisolone de 5 mg par jour ou plus (ou équivalent d'un autre corticoïde) pendant plus de 90 jours.
- Polyarthrite rhumatoïde :  Non  Oui
- Ostéoporose secondaire :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_
  - Coché oui si pathologie associée à l'ostéoporose tel le diabète de type 1, l'ostéogénose imparfaite chez l'adulte, l'hyperthyroïdie de longue date non traité, l'hypogonadisme ou la ménopause prématûrée (45 ans et moins), malnutrition chronique, malabsorption et maladies hépatiques chroniques.
- Trois consommations d'alcool ou plus/jour :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_
  - Une consommation est équivalente à 285 ml de bière, 30 ml de spiritueux, 120 ml de vin ou 60 ml d'un apéritif.

Médecin demandeur : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ DATE (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HEURE (hh:mm) : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ CC : \_\_\_\_\_