

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 PRIORITE 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-traitée, l'hypogonadisme ou la ménopause prématurée (45 ans et moins), malnutrition chronique, malabsorption et maladies hépatiques chroniques.
- Trois consommations d'alcool ou plus/jour : ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____
 - Une consommation est équivalent 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 : _____