

JUDEXA – CENTRE D'OSTEODENSITOMETRIE MOBILE
 DRS M. BRAUN - P. ELSÄSSER - P. QUADRI - S. FATIO - A. HERNANDEZ - J. HAINZ - R. VALCOV
 Rue les Fontenayes 17, 2610 Saint-Imier
 Tél : 032 942 23 30 / Fax : 032 942 20 20
 www.judexa.ch judexa@hjbe.ch

ORDONNANCE DU MEDECIN

Le médecin soussigné prescrit une densitométrie osseuse et un consilium ostéologique chez :

Nom: Prénom: Date de naissance:
 Adresse: NPA: Localité:
 Tél: Assurance maladie: N° AVS :

EXAMEN A CHARGE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS selon Annexe 1 OPAS, cocher la case correspondante

- En cas d'ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture lors d'un traumatisme inadéquat.
- En cas de thérapie à long terme à la cortisone, d'hypogonadisme, d'hyperparathyroïdisme
- En cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose (un examen couvert tous les deux ans).
- En cas de malabsorption intestinale

EXAMEN POUR D'AUTRES INDICATIONS : COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

- En cas de ménopause
- Autre

Si le rapport d'interprétation révèle une ostéoporose, l'assureur-maladie couvre l'examen par l'assurance obligatoire des soins, sinon l'examen est facturé au patient qui est responsable du paiement.

- Radiographies (joindre à la demande ou remettre au patient) Cachet et signature :

Date :

Médecin traitant habituel :

✂-----Talon ci-dessous non communiqué à l'assurance-----

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

FACTEURS DE RISQUE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ménopause précoce/aménorrhée | <input type="checkbox"/> Hystérectomie |
| <input type="checkbox"/> Sédentarité | <input type="checkbox"/> Tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Corticothérapie | <input type="checkbox"/> Famille |
| <input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en calcium | <input checked="" type="checkbox"/> A Autre |

Thérapie ostéoprotectrice : Cocher et indiquer aussi la durée svp.

<input type="checkbox"/> Fosamax: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alendron: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fosavance: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Actonel: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bonviva po: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bonviva iv: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Aclasta: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Evista: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forsteo: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prolia: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Caldé 3f: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cal dé 3 FF: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Calperos D3: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Calcimagon D3: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Calcimagon D3F: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Vidé 3 gttes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vidé 3 i.m: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>

QUESTION :

JOINDRE SVP LA COPIE D'UN ANCIEN RAPPORT D'EXAMEN D-XA.