

RADIOLOGIE DE HAUTE PROVENCE

Docteur Thierry ARNAUD 04.1.00664.4/8 1000 3260923
Docteur Salah BOURBIA 04.1.01343.4/8 10002394780
Docteur Eric DROULERS 04.1.00854.1/8 10003262044
Docteur Sophie LEMAIRE 04.1.01291.5/8 10003173738
Docteur Paul E PHILIPPE 04.1.01121.4/8 10003423620

Docteur Mejda BOURBIA 04.1.01344.2/8 10002401940
Docteur M.Karim BOURGUIBA 04.1.002924/8 10101060431
Docteur Edmond EGEA 04.1.00702.2/8 10003261160
Docteur Jean Yves NARDIN 04.1.00772.5/8 10003261590

Nom :
Prénom :
Adresse :

Date :

Rendez vous le àh
AU CABINET DE RADIOLOGIE DE SISTERON

A lire attentivement (3 pages)

Madame, Mademoiselle, Monsieur, votre cabinet de radiologie vous a fixé un rendez-vous pour effectuer un examen par ostéodensitométrie osseuse.

Cet examen ne comporte pas de danger mais nécessite un interrogatoire, la prise en charge par l'Assurance Maladie dépend de certains critères (voir document 2).

C'est pourquoi, est jointe à ce document une fiche de renseignements (document 3) élaborée par notre cabinet.

Il est très important de répondre au questionnaire avec attention et de rapporter cette fiche de renseignements signée par vos soins le jour de l'examen pour la confier au secrétariat.

Documents à fournir le jour de l'examen :

Vos anciens clichés , votre carte vitale mise à jour , votre attestation de déclaration du médecin traitant ainsi que **votre carte de mutuelle et, pour les patients bénéficiant de la CMU, l'attestation d'ouverture des droits.** (pour la prise en charge dans le cas où l'examen est pris en charge par l'assurance maladie)

Merci de votre compréhension.



L'ostéodensitométrie : indications médicales et conditions de prise en charge

Article mis à jour le 11 janvier 2008

*** Document officiel de la Caisse d'Assurance Maladie téléchargé sur le site Améli.fr**

Depuis le 1^{er} juillet 2006, l'ostéodensitométrie par métho de biphotonique est prise en charge, dans certains cas, par l'Assurance Maladie pour les patients à risques et sur prescription médicale.

Elle est remboursée à 70 % sur la base d'un tarif fixé à 39,96 €.

Dans quels cas l'ostéodensitométrie est-elle prise en charge par l'Assurance Maladie ?

L'ostéodensitométrie par méthode biphotonique est la méthode de référence pour mesurer la densité minérale osseuse. Elle est prise en charge, sur prescription médicale, pour les patients présentant les facteurs de risques médicaux de l'ostéoporose qui rendent nécessaire cet examen, notamment dans les indications détaillées ci-dessous.

À noter

Pour chacune de ces indications, l'ostéodensitométrie n'est indiquée que si le résultat de l'examen peut, à priori, conduire à une modification de la prise en charge thérapeutique du patient.

Lorsque l'ostéodensitométrie est conforme à l'une de ces indications, portez le code **X** sur la feuille de soins, ce qui permettra au patient d'être pris en charge.

Indications de l'ostéodensitométrie pour un premier examen

Dans la population générale (quel que soit l'âge et le sexe) :

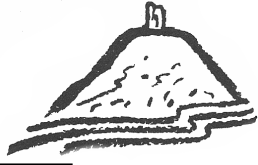
- en cas de signes d'ostéoporose :
 - découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ;
 - antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts, du rachis cervical) ;
- en cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :
 - lors d'une corticothérapie systémique (de préférence au début) prescrite pour une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose $\geq 7,5$ mg/jour d'équivalent prednisone ;
 - antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive et ostéogenèse imparfaite.

Chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), indications supplémentaires (par rapport à la population générale) :

- antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1^{er} degré ;
- indice de masse corporelle $< 19 \text{ kg/m}^2$;
- ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause ;
- antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose $\geq 7,5$ mg/jour équivalent prednisone.

Indications de l'ostéodensitométrie pour un second examen

- à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable, chez la femme ménopausée ;
- chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une deuxième ostéodensitométrie peut



RADIOLOGIE DE HAUTE PROVENCE

Docteur Thierry ARNAUD 04.1.00664.4/8 1000 3260923
Docteur Salah BOURBIA 04.1.01343.4/8 10002394780
Docteur Eric DROULERS 04.1.00854.1/8 10003262044
Docteur Sophie LEMAIRE 04.1.01291.5/8 10003173738
Docteur Paul E PHILIPPE 04.1.01121.4/8 10003423620

Docteur Mejda BOURBIA 04.1.01344.2/8 10002401940
Docteur M.Karim BOURGUIBA 04.1.002924/8 10101060431
Docteur Edmond EGEA 04.1.00702.2/8 10003261160
Docteur Jean Yves NARDIN 04.1.00772.5/8 10003261590

être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la première en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

À noter

Pour les femmes ménopausées suivant un traitement hormonal substitutif (THS) à des doses utilisées conformes aux doses recommandées pour la protection osseuse, il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie, car la prévention de l'ostéoporose est déjà assurée par ce traitement.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM PRENOM

NE(E) LE AGE

ADRESSE :

CODE POSTAL VILLE

MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR.....

MEDECIN TRAITANT : DR.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Votre poids : kg Votre taille : m IMC : **(A)**
* ne pas remplir ce cadre

- De quand date votre dernière ostéodensitométrie / /

 - Etes vous ménopausée oui non à quel âge : ans **(B)**
 - Antécédent de cancer du sein oui non
 - Avec traitement anti hormonal oui non **(C)**
 - Etes vous sous traitement hormonal de la ménopause oui non **(D)**
 - Découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale sans contexte traumatique oui non **(E)**
 - Antécédent d'arthrodèse ou autres antécédents chirurgicaux sur la colonne vertébrale oui non **(F)**
 - Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré oui non **(G)**
 - Antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sauf fracture du crâne – orteils – doigts – rachis cervical) oui non **(H)**
 - Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs oui non **(I)**
 - Antécédents de pathologie hormonale oui non **(J)**
- Si oui, lesquels :
-

- Rempli par le patient
- Rempli par le médecin

Signature :