



## IMAGERIE MEDICALE DE HAUTE PROVENCE

Docteur Georges ABOUD 04.1.70081.6/10100114684 Docteur Salah BOURBLA 04.1.70080.8/80002394780  
Docteur Mejda BOURBLA 04.1.70078.2/8 10002401940 Docteur M.Karim BOURGUIBA 04.1.70082.4/8 10101060431  
Docteur Sophie LEMAIRE 04.1.70077.4/8 10003173738 Docteur Slim NAIJA 04 1 70086.5/810102316055  
Docteur Sarah PAGLIANO 04.1.70076.6/8 1010146448 Docteur Paul E PHILIPPE 04.1.70083.2/8 10003423620

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date :

**Rendez-vous le ..... à .....h .....**

**AU CABINET DE RADIOLOGIE DE DIGNE LES BAINS**

**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 , ainsi que vosre 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<sup>er</sup> juillet 2006, l'ostéodensitométrie par méthode 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 40,46 €.

### 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 ostéogénèse 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<sup>er</sup> 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 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.**



## IMAGERIE MEDICALE DE HAUTE PROVENCE

Docteur Georges ABOUD 04.1.70081.6/10100114684 Docteur Salah BOURBLA 04.1.70080.8/80002394780  
Docteur Mejda BOURBLA 04.1.70078.2/8 10002401940 Docteur M.Karim BOURGUIBA 04.1.70082.4/8 10101060431  
Docteur Sophie LEMAIRE 04.1.70077.4/8 10003173738 Docteur Slim NAIJA 04 1 70086.5/810102316055  
Docteur Sarah PAGLIANO 04.1.70076.6/8 1010146448 Docteur Paul E PHILIPPE 04.1.70083.2/8 10003423620

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

NOM ..... / PRENOM .....

NE(E) LE ..... AGE .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR.....

MEDECIN TRAITANT : DR.....

**Document à apporter : complété, daté et signé impérativement le jour de votre examen**

### QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Votre poids : ..... kg / Votre taille : ..... m / IMC :  (A)  
(ne pas remplir le 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 de chute :  
oui  non  (E)

- Antécédent d'arthrodèse ou autres antécédents chirurgicaux sur la colonne vertébrale :  
oui  non  (F)

- Antécédent de fracture du col fémoral sans chute chez un parent au premier degré  
oui  non  (G)

- Antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans chute (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  (J)

- Antécédents de pathologie hormonale oui  non  (K)

Si oui, lesquels :

.....

Rempli par le patient

Signature :

Rempli par le médecin

Date : ...../...../.....