

OSTÉODENSITOMÉTRIE
BONE MINERAL DENSITY (BMD)

Imagerie médicale | Medical Imaging

Télécopieur | Fax: 613-636-6172

Nom du patient | Patient Name:

Date de naissance | DOB:

Adresse | Address:

No de téléphone | Phone No.

No de carte Santé | Health card no.:

Date d'exp. | Exp. date:

Page 1 de/of 2

Examen demandé | Requested exam

***Veuillez sélectionner l'examen approprié selon les critères cliniques du patient et fournir les renseignements cliniques pertinents. Les demandes incomplètes ou ne répondant pas aux critères d'admissibilité de l'OHIP pourraient être refusées. |

***Please select the appropriate exam based on the patient's clinical criteria and provide relevant clinical information. Incomplete referrals or referrals that do not meet OHIP eligibility criteria may be refused.

☐ **Dépistage de base | Baseline (screening)**

***Une seule fois au cours de la vie | Once per lifetime.

☐ **Haut risque – 1 an | 1 year high risk**

***Admissible une fois tous les 12 mois | Eligible once every 12 months.

☐ Syndrome de Cushing / Hypercortisolisme | Cushing's Syndrome / Hypercortisolism

OU | OR

☐ Corticothérapie à forte dose (>20 mg/jour équivalent de Prednisone) | High-dose glucocorticoid therapy (>20 mg/day Prednisone equivalent)

☐ **Haut risque – 3 ans | 3 year high risk**

***Admissible une fois tous les 36 mois | Eligible once every 36 months.

☐ Sous suivi thérapeutique | Therapy monitoring

OU | OR

☐ Facteurs de risque d'Ostéoporose secondaire | Risk factors for secondary osteoporosis:

☐ Nouvelle fracture de fragilité | New fragility fracture

OU | OR

☐ Autre facteur de risque de perte osseuse rapide | Other risk factor for rapid bone loss

OU | OR

☐ Score FRAX >15 % (risque élevé) | FRAX score >15% (high risk)

☐ **Bas ou moyen risque – 5 ans | 5 year low or moderate risk**

***Admissible une fois tous les 60 mois | Eligible once every 60 months.

Informations obligatoires | Mandatory Information

Le patient a-t-il déjà eu une DMO? | Has the patient had a previous BMD? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Où la DMO précédente a-t-elle été effectuée? | Where was the previous BMD done? _____

À quelle date la BMD précédente a-t-elle été effectuée? | What date was the previous BMD done? _____

Le score FRAX était-il >15 % (haut risque)? | Was the FRAX score >15% (high risk)? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Renseignements cliniques | Clinical Information**Médecin référent | Referring Physician**

Nom imprimé | Printed Name:

Signature: