

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

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

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

☐ **Suivi bas risque – 3 ans | Follow-up low risk – 3 years**

***Admissible au moins 3 ans après le premier examen | Eligible at least 3 years after the first exam.

☐ **Bas risque – 5 ans | Low risk – 5 years**

***Admissible au moins 5 ans après le second examen (suivi 3 ans) | Eligible at least 5 years after the second exam (low risk 5 year).

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

***Admissible seulement si le score FRAX >15 % (risque élevé) | Eligible only if FRAX score >15% (high risk).

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: