

**DENSITOMÉTRIE OSSEUSE (DEXA)****INFORMATION ET QUESTIONNAIRE**

Imp_crm _____ Édition ____ Date ____/____/____

OBS n° _____

Date ____/____/____

INFORMATION SUR L'EXAMEN

La densitométrie osseuse (DEXA) est un examen simple et indolore, d'une durée d'environ 10 minutes, qui évalue la masse osseuse et aide à estimer le risque de fracture. Elle utilise une dose de rayonnement très faible et n'emploie pas de produit de contraste.

- Allongez-vous sur le dos ; le bras de l'appareil passe au-dessus de vous sans vous toucher.
- Préparation : ne prenez pas de suppléments de calcium le jour de l'examen (une alimentation normale est autorisée) ; portez des vêtements sans éléments métalliques sur le haut du corps (fermetures éclair, boutons, soutien-gorge à armatures).
- Si vous avez déjà passé une densitométrie, faites le suivi sur le même appareil/dans le même centre et apportez le compte rendu précédent – c'est la seule façon d'obtenir une comparaison fiable.
- Grossesse : l'examen n'est pas réalisé chez les femmes enceintes. L'allaitement peut se poursuivre normalement.

IMPORTANT – des examens avec produit de contraste récents peuvent fausser la densitométrie. Informez-nous si, au cours des dernières semaines, vous avez passé des examens avec baryte, produit de contraste iodé (scanner), produit de contraste pour IRM, contraste oral, ou médecine nucléaire / scintigraphie / TEP. Cela vaut également pour la prise récente de Pepto-Bismol ou d'antiacides liquides contenant de l'aluminium.

Poids _____ kg Taille _____ m Date de naissance ____/____/____ Sexe ____

Motif/indication de l'examen _____ Médecin prescripteur _____

INTERFÉRENCES RÉCENTES

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Au cours des dernières semaines, avez-vous passé un examen avec produit de contraste (baryte, iodé, gadolinium ou contraste oral) ?		
Au cours des dernières semaines, avez-vous passé une médecine nucléaire, une scintigraphie ou une TEP ?		
Avez-vous récemment pris du Pepto-Bismol ou des antiacides liquides contenant de l'aluminium ?		

Si OUI, indiquez l'examen et la date : _____

DENSITOMÉTRIE ANTÉRIEURE

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Avez-vous déjà passé une densitométrie osseuse (DEXA) ?		

Si OUI – date : ____/____/____ Où (centre/appareil) : _____

FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE ET DE FRACTURE

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Avez-vous déjà eu une fracture de fragilité (après une chute de votre propre hauteur) ?		
Votre père ou votre mère a-t-il/elle eu une fracture de la hanche ?		



RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Fumez-vous actuellement ?		
Consommez-vous 3 boissons alcoolisées ou plus par jour ?		
Prenez-vous ou avez-vous pris des corticoïdes en comprimés pendant 3 mois ou plus ?		
Avez-vous une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée ?		
Avez-vous été ménopausée avant 45 ans ?		
Avez-vous un diabète de type 1, une maladie thyroïdienne non traitée, une maladie chronique du foie, une malabsorption, une insuffisance rénale ou un hypogonadisme ?		
Avez-vous perdu plus de 4 cm de taille au cours de votre vie ?		
Avez-vous une prothèse ou du matériel métallique à la hanche/au rachis, une scoliose ou une chirurgie du rachis ?		

Si vous avez eu une fracture, indiquez le site et l'année : _____ Âge de la ménopause : _____ ans

TRAITEMENT ACTUEL

Cochez ce que vous prenez : calcium ☐ vitamine D ☐ bisphosphonates/dénosumab ☐ traitement hormonal/oestrogènes ☐ inhibiteurs de l'aromatase ☐

Autres médicaments : _____

GROSSESSE

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		

RÉSULTATS (à remplir par le service)

Région	DMO (g/cm ²)	T-score	T% (% adulte jeune)	Z-score	Z% (% pour l'âge)	Classification (OMS)
Rachis lombaire (L1-L4)						
Fémur (total)						
Col du fémur						
Avant-bras (1/3 radius)						

Comparaison avec l'étude antérieure / observations : _____

Signature ou nom du/de la patient(e) ou du/de la représentant(e) légal(e)	Date
	____/____/____
Si le/la patient(e) n'est pas en mesure de signer – numéro de pièce d'identité	Lien de parenté
Validé par (médecin radiologue ou manipulateur(trice) en radiologie)	Date
	____/____/____

Protection des données : les données recueillies sont utilisées exclusivement pour la réalisation de l'examen, la rédaction de son compte rendu et l'archivage du dossier clinique, et sont traitées conformément au RGPD (Règlement (UE) 2016/679) et à la loi portugaise n° 58/2019. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et les autres droits prévus par la loi auprès de la CRMA (délégué à la protection des données).