



DEMANDE D'EXAMEN

Nom:

Prénom:

IPP:

Date de naissance:

Examen demandé

DXA 2 sites + TBS + VFA (Faire 1/3 radius si hyperparathyroïdie)

DXA pédiatrique (moins de 20 ans)

Composition corporelle

Examen supplémentaire :

Recherche, Nom :

N° d'étude :

Date d'examen souhaité :

Renseignements cliniques essentiels

Ostéoporose clinique

Hyperparathyroïdie

Corticothérapie

Ostéogénèse imparfaite

Hypogonadisme

VIH

Malabsorption

Autres (risque de non remboursement)

Fractures vertébrales / niveau :

Suivi, sous traitement :

Espace pour étiquettes de densitométrie

Médecin demandeur:

Nom :

Bip :

Signature :

TRM

Cigogne nécessaire

Copie du rapport :

Date :

