

## AANVRAAG BODENSITOMETRIE

Medische Beeldvorming

t. 056/62 33 55

Datum aanvraag:

Datum afspraak:

NAAM:

VOORNAAM:

Geboortedatum: / /

**Klinische inlichtingen:** \_\_\_\_\_

- BMD 1<sup>e</sup> maal       BMD > 5 jaar geleden

**Het onderzoek wordt vergoed bij volgende patiënten (niet terugbetaalbaar binnen de 5 jaar):**

- 1<sup>e</sup> groep: vrouwen van meer dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporotisch geïnduceerde heupfractuur bij familie van de eerste of tweede graad.
- 2<sup>de</sup> groep: ongeacht de leeftijd of het geslacht, indien één of meer van de volgende risicofactoren aanwezig zijn:
- niet oncologische lage impact wervelfractuur
  - antecedent van een perifere low impact fractuur met exclusie van fractuur ter hoogte van de vingers, tenen, schedel, gelaat of van de cervicale wervelzuil
  - patiënten met een voorgeschreven corticotherapie van meer dan drie maand opeenvolgend aan de equivalent van meer dan 7.5 mg prednisolone/dag.
  - oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie
  - patiënten met minstens één van de volgende risico aandoeningen:
    - reumatoïde artritis
    - evolutieve niet behandelde hyperthyreoïdie
    - hyperprolactinemie
    - langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een gonadotrophine-releasing hormone analoog
    - renale hypercalciurie
    - primaire hyperparathyreoïdie
    - osteogenesis imperfecta
    - ziekte/syndroom van Cushing
    - anorexia nervosa met BMI onder 19 kg/m<sup>2</sup>
    - vroegtijdige menopauze (voor 45 jaar)

- De patiënt komt niet in aanmerking voor terugbetaling. Het volledige onderzoek wordt aan de patiënt aangerekend.

**Gelieve te vervolledigen (gegevens in het kader van de verplichte FRAX-analyse):**

Geboortedatum:...../...../.....

Geslacht:  man /  vrouw

Gewicht:.....kg

Lengte:.....cm

Vroegere fracturen:  ja /  neen

Osteoporotisch geïnduceerde heupfracturen bij verwanten tot 2<sup>de</sup> graad:  ja /  neen

Roken:  ja /  neen

Corticoïdgebruik:  ja /  neen

Reumatoïde artritis:  ja /  neen

Secundaire osteoporose:  ja /  neen

Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag:  ja /  neen

Voorbehouden dienst:

RIZIV  ja /  neen

Stempel + handtekening