

AANVRAAG BOTDENSITOMETRIE

- Nucleaire Geneeskunde
 Medische Beeldvorming

t. 056 63 41 20 - fax 056 63 41 59
t. 056 63 40 06 - fax 056 63 40 17

Datum aanvraag:

Datum afspraak:

NAAM:

VOORNAAM:

Geboortedatum: / /

Klinische inlichtingen: _____

- BMD 1^e maal BMD > 5 jaar geleden

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

- 1^e groep: vrouwen van meer dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporotisch geïnduceerde heupfractuur bij familie van de eerste of tweede graad.
- 2^{de} 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/m²
 - vroegtijdige menopauze (voor 45 jaar)
- De patiënt komt niet in aanmerking voor terugbetaling. Het volledige onderzoek wordt aan de patiënt aangerekend.

Gelieve te vervullen (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^{de} graad: ja / neen

Roken: ja / neen

Corticoïdgebruik: ja / neen

Reumatoïde artritis: ja / neen

Secundaire osteoporose: ja / neen

Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag: ja / neen

Vorbehouden dienst:

RIZIV ja / neen

Stempel + handtekening