

Identificatie van patiënt  
(invullen/ strookje V.I./ sticker)

Naam:  
Voorna(a)m(en):  
Geboortedatum:  
Geslacht: M/V

## Dienst radiologie: aanvraagformulier botdensitometrie

Afspraak BMC via 011/335555 (uitvoering campus salvator)

### Voorgestelde onderzoeken :\*

- Botdensitometrie zonder terugbetaling
- Botdensitometrie met terugbetaling mits voldaan wordt aan onderstaande voorwaarden

### Het onderzoek wordt vergoed bij volgende patiënten :\* duid aan indien van toepassing

- Groep 1: Vrouwen > 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporose, namelijk een heupfractuur bij familie van de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> graad
- Groep 2: Ongeacht leeftijd of geslacht, indien één of meer van de volgende risicofactoren aanwezig zijn :
  - Patiënten met niet oncologisch low impact wervelfractuur
  - Antecedent van perifere low impact fractuur (exclusie van fractuur thv vingers, tenen, schedel, gelaat, cervicale wervelzuil)
  - Patiënten met voorgeschreven corticotherapie > 3 maand opeenvolgend aan een equivalent van > 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 volgende risico-aandoeningen:
    - Reumatoïde arthritis
    - Evolutive niet behandelde hyperthyroïdie
    - Hyperprolactinemie
    - Langdurig hypogonadisme (incl. therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een GnRH analoog)
    - Renale hypercalciurie
    - Primaire hyperparathyroïdie
    - Osteogenesis imperfecta
    - Ziekte/Syndroom van Cushing
    - Anorexia nervosa met BMI < 19 kg/m<sup>2</sup>
    - Vroegtijdige menopauze (< 45j)

### Klinische risicovariabelen :\* in te vullen in kader van verplichte FRAX-analyse

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 1  | Leeftijd   | ..... jaar  |
| 2  | Geslacht   | <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man |
| 3  | Gewicht  | ..... kg  |
| 4  | Lengte   | ..... cm  |
| 5  | Vroegere fracturen                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |
| 6  | Heupfracturen bij verwanten tot de 2 <sup>de</sup> graad | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |
| 7  | Roken  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |
| 8  | Gebruik corticoïden                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |
| 9  | Reumatoïde arthritis                                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |
| 10 | Secundaire osteoporosis                                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |
| 11 | Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |

Werd er reeds terugbetaling bekomen voor een DEXA in de afgelopen 5 j  Ja  Nee

**Datum:**

**Stempel (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr.)**

**Handtekening :**