

Questionnaire Densitométrie osseuse



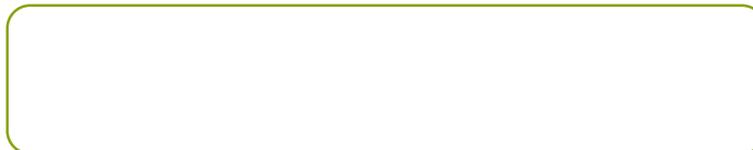
Madame, Monsieur,

Vous planifiez une mesure de la densité osseuse à l'UZ Leuven. Pour évaluer votre risque de fracture, nous vous demandons de compléter soigneusement le questionnaire ci-après. Vous pouvez aussi le faire remplir par un membre de la famille ou un proche.

Les informations fournies par ce questionnaire nous donneront une idée de vos antécédents de fracture, traitements et facteurs de risques. Il va de soi que ces informations seront traitées de manière confidentielle.

Si vous avez des questions ou des remarques au sujet de ce questionnaire, vous pouvez vous adresser à un membre de l'équipe soignante. Nous vous serions reconnaissants de remplir ce questionnaire le plus rapidement possible et de le remettre au membre du personnel effectuant la mesure de la densité osseuse.

Merci d'avance pour votre collaboration.



Questionnaire Densitométrie osseuse

ANTÉCÉDENTS DE FRACTURE

- Avez-vous subi une fracture au cours des 24 derniers mois ?
 - Oui
 - Non

- Si oui, s'agissait-il d'une fracture
 - du bassin
 - de la hanche
 - du fémur
 - vertébrale/de la colonne vertébrale
 - de l'épaule
 - de l'avant-bras/du poignet
 - Autres, à savoir:

- Si vous avez subi une fracture, comment l'avez-vous subie ?
 - Sans chute/spontanée
 - Après une chute d'une hauteur debout ou d'un lit
Décrivez brièvement votre chute :
 -
 -
 - À la suite d'un accident à fort impact (par exemple, chute à vélo, accident de voiture, chute d'une échelle, etc.)
Décrivez brièvement votre chute :
 -
 -
 - Autre cause :
 -
 -

TRAITEMENT DÉCALCIFICATION OSSEUSE/OSTÉOPOROSE

- Prenez-vous des médicaments pour le traitement de l'ostéoporose ?
 - Non
 - Oui (*plusieurs réponses possibles*)
 - Supplément de calcium
 - Supplément de calcium et de vitamine D
 - Alendronate/Fosamax® (comprimé hebdomadaire)
 - Risédronate/Actonel® (comprimé hebdomadaire)
 - Ibandronate/Bonviva® (comprimé mensuel ou injection)
 - Zolédronate/Aclasta® (perfusion 1x/an)
 - Zolédronate/Zometa® (perfusion)
 - Denosumab/Prolia® (injection 2x/an)
Depuis combien de temps recevez-vous ce médicament (en années) ?
 - Romosozumab/Evenity® (2 injections 1x/mois)
 - Raloxifène/Evista® (comprimé quotidien)
 - Teriparatide/Forsteo® (injection quotidienne)

RISQUE DE FRACTURE OSSEUSSE (FRAX)

- Quelle est votre taille (en cm) ?
- Combien pesez-vous ?
- Est-ce que vous fumez ?
 - Oui
 - Non
- Consommez-vous 3 unités d'alcool ou plus par jour ?
 - Oui
 - Non
- L'un de vos parents a-t-il déjà subi une fracture de la hanche ?
 - Oui
 - Non
- Souffrez-vous de polyarthrite rhumatoïde (une maladie auto-immune) ?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous utilisé pendant ≥ 3 mois au cours de l'année écoulée ou utilisez-vous actuellement des stéroïdes/de la cortisone (par ex. Medrol®, prednisone) ?
 - Oui
 - Non

