



Radiologie Dokters Van Meerbeek bvba

Dr. E. Van Meerbeek

Dr. S. Van Meerbeek

Radiografie

Echografie

Mammografie

Botdensitometrie

Orthopantomografie

Puursesteenweg 39

2880 Bornem

Tel: 03/889 13 03

03/899 13 03

Fax: 03/400 52 27

AFSPRAKEN ONLINE:

<http://www.rad-vanmeerbeek.be>

PACS ON WEB (beelden en verslag):

<http://beelden.rad-vanmeerbeek.be>

AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN OSTEODENSITOMETRIE (DXA)

(art. 17 en 17bis NGV) - 1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist

Identificatie van patiënt (invullen of strookje V.I.)

Naam:	Voorna(a)m(en):
Geboortedatum:	Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen (invullen – o.m. voor FRAX-scoreberekening)

Antecedenten van fractuur:-----	ja	neen
Antecedenten van heupfractuur bij verwanten tot de tweede graad:-----	ja	neen
Roken:-----	ja	neen
Corticoïdengebruik:-----	ja	neen
Reumatoïde artritis:-----	ja	neen
Secundaire osteoporose:-----	ja	neen
Ethylisme (>3 eenheden / dag):-----	ja	neen
Andere:	Gewicht:	Lengte:

Diagnostische vraagstelling (invullen)

--

Relevante bijkomende inlichtingen (invullen en/of aankruisen)

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Zwangerschap	<input type="checkbox"/> implantaat
<input type="checkbox"/> Andere:				

Voorgesteld(e) onderzoek(en) (invullen)

<input type="checkbox"/> Osteodensitometrie	<input type="checkbox"/> LWZ + heupen	<input type="checkbox"/> Voorarm
<input type="checkbox"/> Total body fat distributie - BMI		

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling (invullen en/of aankruisen)

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echografie	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Onbekend
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Stempel voorschrijver (Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer).

--

Datum:

Handtekening:

VOLGENDE PATIËNTEN KOMEN IN AANMERKING TOT TERUGBETALING VAN HET ONDERZOEK (gelieve aan te duiden) – 1 x per 5 jaar:

- 1° groep 1 : vrouwen van meer dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporose namelijk een heupfractuur bij familie van de eerste of tweede graad;
- 2° groep 2 : ongeacht de leeftijd of geslacht; indien één of meer van de volgende risicofactoren aanwezig zijn :
- a) niet oncologische low impact wervelfractuur;
- b) antecedent van een perifere low impact fractuur met exclusie van fractuur ter hoogte van vingers, tenen, schedel, gelaat of van de cervicale wervelzuil;
- c) patiënten met een voorgeschreven corticotherapie van meer dan 3 maand opeenvolgend aan een equivalent van > 7.5 mg prednisolone/dag;
- d) oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie;
- e) patiënten met minstens één van de volgende risico aandoeningen :
- 1° reumatoïde artritis;
- 2° evolutieve niet behandelde hyperthyreoïdie;
- 3° hyperprolactinemie;
- 4° langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een « gonadotrophine-releasing-hormone » (GnRH) analoog);
- 5° renale hypercalciurie;
- 6° primaire hyperparathyreoïdie;
- 7° osteogenesis imperfecta;
- 8° Ziekte/Syndroom van Cushing;
- 9° anorexia nervosa met Body Mass Index < 19 kg/m²;
- 10° vroegtijdige menopauze (< 45 jaar).
-