



Dépistage des patients à risque ostéoporotique

Docteur,

Je vous fais parvenir ce bilan afin d'accompagner votre patient(e):
M/Mme.....dans sa prise en charge diagnostic
et thérapeutique.

Un score avec plus de 2 OUI a été obtenu à cette évaluation.

EVALUATEUR Nom/prénom/ profession :
Coordonnées :

Date:

EVALUATION RISQUE OSTÉOPOROSE

Fractures à faibles énergie (chute de sa hauteur) : hanches, poignets, col du fémur, bassin, côtes	OUI	NON
Diminution de la taille	OUI	NON
Taille connue :		
Taille actuelle :		
Différence \geq 4 cm	OUI	NON
Différence supérieure à 2cm (patient de moins de 50 ans)	OUI	NON
Ménopause précoce (<40 ans) ou avec facteurs de risques	OUI	NON
Antécédent de fracture chez un parent du 1 ^e degré	OUI	NON
Antécédent de corticothérapie	OUI	NON
IMC (poids/taille ²) <19	OUI	NON
Age >60 ans	OUI	NON
Tabagisme actif	OUI	NON
Consommation excessive d'alcool	OUI	NON

EVALUATION RISQUE DE CHUTE

Chute dans les 12 derniers mois	OUI	NON
Perte d'équilibre – Test unipodal ** - Tenue inférieur à 5 secondes	OUI	NON

** Patient debout les bras le long du corps, yeux ouverts, membre d'appui au choix