

**JUDEXA – CENTRE D'OSTEODENSITOMETRIE MOBILE**

DRS M. BRAUN - P. ELSÄSSER - P. QUADRI - S. FATIO - A. HERNANDEZ – R. VALCOV – F. AHMANNA CHAKIR  
Rue les Fontenayes 17, 2610 Saint-Imier  
Tél : 032 942 23 26 / Fax : 032 942 20 20

[www.judexa.ch](http://www.judexa.ch)

[www.irjb.ch](http://www.irjb.ch)

[judexa@hjbe.ch](mailto:judexa@hjbe.ch)

*Questionnaire médical et de données personnelles  
pour l'interprétation de l'examen de la densité osseuse*

Madame, Monsieur,

Vous allez subir un examen indolore, cet examen ne comporte aucun risque pour vous et votre santé. La méthode utilisée permet de constituer une valeur de référence importante au cas où votre état osseux devrait donner lieu à de nouveaux examens afin d'évaluer l'évolution du risque et/ou l'efficacité d'un éventuel traitement.

Pour votre confort et faciliter l'examen, nous vous conseillons de venir avec une tenue adéquate. Il est tout à fait possible de réaliser l'examen à travers des vêtements légers (du style legging, jogging, training et tee-shirt pour le haut). A signaler que le camion n'est pas équipé pour les personnes fortement handicapées (plusieurs marches)

Des indications personnelles complémentaires sur votre état de santé permettront au médecin spécialiste chargé d'interpréter votre examen d'émettre une appréciation plus précise sur votre risque de fracture. Aussi, nous vous demandons de bien vouloir répondre consciencieusement aux 20 questions posées ci-dessous et de remettre ensuite votre questionnaire au technicien le jour de l'examen. Merci !

Date examen:  NOM Prénom :

1. Votre taille à l'âge de 25 ans ?  cm

2. Avez-vous été ou êtes-vous encore actuellement au bénéfice d'un traitement de cortisone ?

OUI  NON

Si oui, souligner le nom et la dose quotidienne du médicament et préciser la raison :

Prednisone, Spiricort, autre :  5 mg, 10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg

Raison de la prise de cortisone  depuis quand ? :

Je ne me souviens plus de la durée du traitement ou de la dose :

3. Madame, êtes-vous ménopausée ?

OUI : depuis environ quel âge ? :   NON

4. Au cas où vous êtes ménopausée, êtes-vous ou avez-vous été au bénéfice d'un traitement hormonal ?

OUI Nom du médicament et posologie

Depuis quand :  Jusqu'à quand :

NON

5. Connaissez-vous des cas d'ostéoporose dans votre famille proche ?

OUI  NON

Si oui, qui et de quelles fractures ont-ils.es soufferts ?

|              | Fractures vertébrales | Fractures du fémur | Autres fractures ? |
|--------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Mère         |                       |                    |                    |
| Père         |                       |                    |                    |
| Sœurs/Frères |                       |                    |                    |

6. Avez-vous subi une intervention d'ablation de la matrice et / ou des ovaires ?

- OUI Date :
- NON

7. Avez-vous présenté une perte ou une prise de poids importante (+/- de 5 kg) au cours des derniers mois ?

- OUI Nombre de kilogrammes :
- NON

8. Vous rappelez-vous avoir eu une interruption inexplicquée de vos règles pendant plusieurs mois sans être enceinte ?

- OUI  NON Durée :  ans  mois

9. Fumez-vous ?  OUI  NON Nombre de cigarettes par jour :

10. Votre consommation d'alcool est-elle quotidienne ? si oui, précisez le type de boisson et la quantité :

11. Quelles activités physiques pratiquez-vous régulièrement ?

Combien de fois par semaine et pendant quelle durée ?

12. Etes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois, si oui combien de fois ?

13. Avez-vous déjà subi des fractures ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles et à quel âge, s'agit-il d'accidents ?

| Type de fracture | A quel âge ? | Comment s'est-elle produite ? |
|------------------|--------------|-------------------------------|
|                  |              |                               |
|                  |              |                               |
|                  |              |                               |
|                  |              |                               |
|                  |              |                               |

14. Souffrez-vous d'une maladie rhumatismale, d'une maladie inflammatoire des intestins, de diabète, de bronchite chronique, d'une maladie rénale, d'un problème de la glande thyroïde ?

- OUI  NON

Si oui, laquelle :

15. Souffrez-vous d'une maladie cœliaque ou d'une intolérance au lactose/gluten ?

OUI  NON

Si oui, laquelle :

16. Souffrez-vous d'une maladie neurologique qui compromet votre équilibre, par exemple une maladie de Parkinson, une paralysie du système nerveux central, une affection des muscles ?

OUI  NON

Si oui, laquelle :

17. Souffrez-vous d'incontinence urinaire ou d'un trouble de la vessie qui vous oblige à courir aux toilettes dès que le besoin se fait sentir, en particulier la nuit ?

OUI  NON

18. Etes-vous au bénéfice d'un traitement en raison d'un cancer du sein ou de la prostate ?

OUI  NON

Si oui, nom du médicament :

Début :

19. Etes-vous au bénéfice d'un traitement contre l'épilepsie ?

OUI  NON

Nom du ou des médicaments :

Depuis :

20. Etes-vous ou avez-vous été au bénéfice d'un traitement de l'ostéoporose ?

OUI  NON

La liste ci-dessous énumère la plupart des médicaments utilisés dans le traitement de l'ostéoporose. Veuillez nous indiquer lesquels vous ont été prescrits et la durée du traitement.

**Préparations contenant du calcium et / ou de la vitamine D :** Calcium D3 F ou FF, Calcimagon D3, Calcimagon D3 forte, Calpéros D3, Calcium Bürgerstein, Kalcipos-D3, Luvit-D3, Vidé 3 gouttes.

**Médicaments contre l'ostéoporose :** Forstéo, Movimya, Terrosa (1x/j sc. sur 24 mois), Fosamax (1x/sem.), Fosavance (1x/sem.), Alendronate (1x/sem.), Actonel (1x/sem.), Binosto (Effervescent 1x/sem.), Bonviva (1x/mois per os ou 1x/ 3 mois en injection), **En injections :** Evenity (1x/mois), (Prolia (1x/6mois) Aclasta (1x/an)

| Nom | Dosage | Posologie | Début | Arrêt |
|-----|--------|-----------|-------|-------|
|     |        |           |       |       |
|     |        |           |       |       |
|     |        |           |       |       |
|     |        |           |       |       |

19. Etes-vous petit (e) et maigre ?

OUI  NON

# APPORT ALIMENTAIRE QUOTIDIEN EN CALCIUM

|  | PORTION DÉFINIE                            | NOMBRE DE PORTIONS | COEFFICIENT CALCIQUE*  | APPORT CALCIQUE QUOTIDIEN        |
|--|--|--------------------|--|----------------------------------|
| 1 • Buvez-vous du lait <b>TOUS LES JOURS</b> ?   |  |                    |  |                                  |
| - <b>SI OUI</b> , combien de décilitres <b>PAR JOUR</b> ?  | 1 dl                                       |                    | 120  | mg                               |
| - <b>SI NON</b> , combien de décilitres <b>PAR SEMAINE</b> ?   | 1 dl                                       |                    | 17   | mg                               |
|  |  |                    | <b>X</b>   | <b>=</b>                         |
| 2 • Combien de yogourts mangez-vous <b>PAR SEMAINE</b> ?   | 180 g                                      |                    | 33   | mg                               |
|  |  |                    | <b>X</b>   | <b>=</b>                         |
| 3 • Combien de portions de fromage frais mangez-vous <b>PAR SEMAINE</b> ?  | 150 g                                      |                    | 19   | mg                               |
| (p.ex. blanc battu, séré, cottage cheese...)   |  |                    | <b>X</b>   | <b>=</b>                         |
| 4 • Combien de portions de fromages à pâte molle et/ou fromages fondus mangez-vous <b>PAR SEMAINE</b> ?                              | 30 g                                       |                    | 17   | mg                               |
| (p.ex. Camembert, Brie, Tomme, La vache qui rit...)  |  |                    | <b>X</b>   | <b>=</b>                         |
| 5 • Combien de portions de fromages à pâte dure et/ou mi-dure mangez-vous <b>PAR SEMAINE</b> ?                                       | 30 g                                       |                    | 40   | mg                               |
| (p.ex. Sbrinz, Emmentaler, Gruyère, Tilsiter, Appenzeller...)  |  |                    | <b>X</b>   | <b>=</b>                         |
| 6 • Combien de portions de fromage râpé accompagnent vos plats tels que pâtes, gratin, risotto, lasagnes, pizza <b>PAR SEMAINE</b> ? | 1 cuillère à soupe<br>(≈15 g fromage râpé) |                    | 19   | mg                               |
|  |  |                    | <b>X</b>   | <b>=</b>                         |
| 7 • Buvez vous de l'eau minérale? Votre marque habituelle  |  |                    |  |                                  |
| Ou du robinet  | 1 dl                                       |                    | <b>X</b>   | mg                               |
| Si oui, combien de décilitres <b>PAR JOUR</b> ?  |  |                    | .....  | <b>=</b>                         |
|  |  |                    | pour le coefficient cf. liste  | mg                               |
| Nom: .....   |  |                    | <b>TOTAL</b>   | <b>=</b> <input type="text"/> mg |
| Age: .....   | Rempiliez: .....                           |                    |  |                                  |
| Traitement par substitution calcique: .....  |  |                    |  |                                  |
| Posologie: .....   |  |                    |  |                                  |
|  |  |                    | <b>+ Apport calcique quotidien moyen par d'autres aliments et boissons**</b> | <b>=</b> <b>+ 200</b> mg         |
|  |  |                    | <b>TOTAL APPORT CALCIQUE QUOTIDIEN</b>                                       | <b>=</b> <input type="text"/> mg |

\* PRODI® 4. Ernährungs- und Diätberatungsprogramm, Version 4.5/02, 1998.  
 \*\* P. Burckhardt; Vitamin D, Calcium-Versorgung und Osteoporose in der Schweiz. 4. Schweizerischer Ernährungsbereich, 1998, S. 250 - 260.