**Identification du prescripteur**

NOM

N° ADELI

Adresse

Tél

**Identification du patient**

Civilité

NOM

Prénom

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

***Ordonnance pour Ostéodensitométrie***

Faire pratiquer une **ostéodensitométrie** par absorptiométrie biphotonique aux rayons X sur deux sites (rachis lombaire, extrêmité supérieure du fémur ou poignet) dans le cadre du bilan préthérapeutique d’une corticothérapie systémique prolongée par flashs mensuels de méthylprednisolone.

Date **28/06/2012**

Signature :