

QUESTIONNAIRE POUR MINERALOMETRIE

NOM **PRENOM**

Date de naissance / /

Sexe F M

Poids

Taille

Fracture précédente Oui Non

Parent Fracture Hanche Oui Non

Fumeur (euse) Oui Non

Traitement à la cortisone Oui Non

Polyarthrite rhumatoïde Oui Non

Ostéoporose connue Oui Non

Alcool 3 unités / jour Oui Non