

Merci de renseigner sur cette fiche chacun de vos cas d'ostéochimionécrose aux Bisphosphonates
 Faxer ensuite cette fiche au 01 42 16 13 69

**OSTEOCHIMIONECROSES
 AUX
 BISPHTHOSPHONATES**

**IDENTITE
 DU PATIENT**

Nom _ _ _
 Prénom _ _ _
 Date de naissance
 _ _ : _ _ : _ _ _ _

NOM DU PRATICIEN :

CACHET DU PRATICIEN :

DATE DU DIAGNOSTIC :

TRAITEMENT PAR BISPHTHOSPHONATES

INDICATION :

NOM DU BISPHTHOSPHONATE :

ACLASTA

ACTONEL

ADROVANCE

AREZIA

BONDRONAT

BONVIVA

CLASTOBAN

DIDRONEL

FOSAMAX

FOSAVANCE

LYTOS

OSTEPAM

SKELID

ZOMETA

ADMINISTRATION :

PER OS

IV

DOSE :

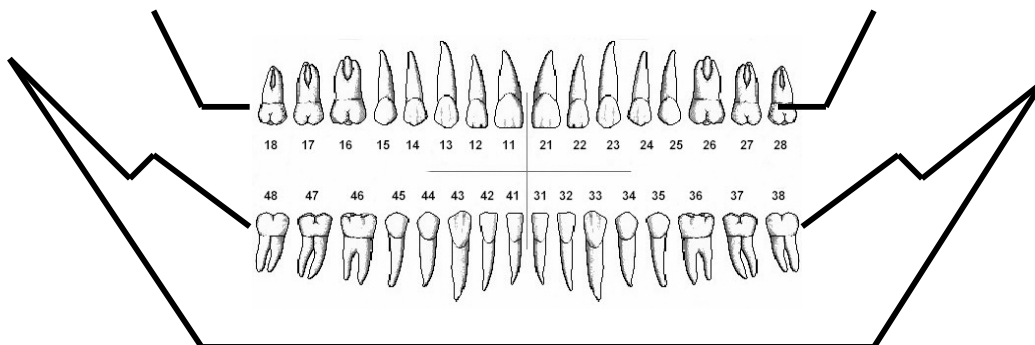
DATE DE DEBUT :

DUREE :

ARRET :

CHIMIOETHERAPIE ASSOCIEE :

BILAN MUQUEUX ET OSSEUX



BILAN MUQUEUX

EROSION

ULCERATION

NECROSE

BILAN OSSEUX

RETARD DE CICATRISATION

DENUATION RADICULAIRE

EXPOSITION OSSEUSE : - CORTICALE INTERNE

- CORTICALE EXTERNE

SEQUESTRE OSSEUX

COMMUNICATION BUCOSINUSIENNE OU BUCONASALE

FRACTURE

TRAITEMENT

MEDICAL

CHIRURGICAL : CONSERVATEUR (SEQUESTRECTOMIE / CURETAGE)

: RADICAL (RESECTION +/- RECONSTRUCTION)

AGGRAVATION

STABILISATION

AMELIORATION

GUERISON