

## INFILTRATION / TRITURATION / PONCTION

Monsieur       Madame       Date de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Etes-vous sous anticoagulant ou antiagrégant (Sintrom, Aspirine, Plavix...) ? Si oui, quel médicament prenez-vous ? .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ? .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des allergies aux produits de contraste iodés ? Avez-vous d'autres allergies ? Si oui, lesquelles : .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous diabétique ? Si oui, quel médicament prenez-vous ? .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous de maladie(s) chronique(s) ? Si oui, lesquelles : .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous atteint de glaucome ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà subi cette procédure ? Si oui, combien de fois durant les 12 derniers mois : .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

### POUR LES FEMMES :



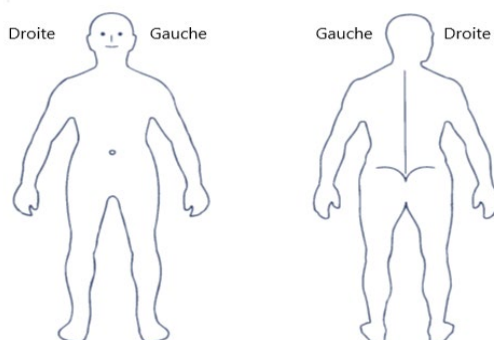
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



Si vous quantifiez votre douleur de 0 à 10 où 0 est l'absence totale de douleur et 10 une douleur insupportable, quel chiffre quantifierait votre douleur ce jour ?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Représentez le lieu de votre souffrance avec une croix et dessinez le trajet de la douleur irradiante :



Par votre signature :

- . Vous certifiez avoir pris connaissance des risques/bénéfices d'une ponction/infiltration et autorisez les médecins des centres d'imagerie Rive Droite SA et Rive Gauche à pratiquer une infiltration/ponction.
- . Vous acceptez que vos images radiologiques puissent être utilisées de manière anonymisée dans un but de formation ou de recherche. Vous pouvez faire valoir votre droit de rétractation en tout temps en écrivant à l'adresse mail : cgavaggio@cird.ch

Genève, le .....

Signature :