

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 :



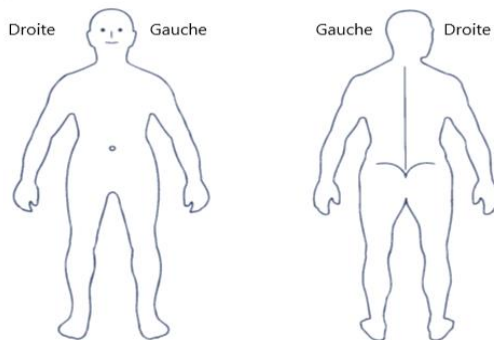
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



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 :



Votre médecin traitant vous a proposé un examen radiologique. Il sera pratiqué avec votre consentement, vous avez la liberté de l'accepter ou de le refuser. Les informations concernant le déroulement de cet examen et de ses suites vous seront fournies par nos médecins radiologues et/ou nos techniciens en radiologie. Les médecins radiologues de **RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** sont qualifiés pour juger de l'utilité de cet examen et peuvent décider de changer de technique en fonction de l'indication. Conformément à la Loi sur la Protection des Données, les images et rapports médicaux réalisés dans nos centres sont transmis au médecin prescripteur de l'examen et autres professionnels de santé mentionnés sur la feuille de prescription. Les hôpitaux, médecins traitants ou spécialistes peuvent parfois demander des images et/ou des résultats d'examens réalisés dans nos centres. Par votre signature :

- Vous acceptez que les images et les rapports médicaux nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic leur soient transmis lorsque vous êtes en traitement auprès d'eux.
- Vous acceptez que **RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** puissent demander d'anciennes images ou rapports nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic relatif aux examens réalisés dans nos centres.
- 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 :