

## CONSENTEMENT IRM – CT

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. Un examen radiologique peut être effectué lorsque les avantages l'emportent sur les risques. Les médecins radiologues de **RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** sont qualifiés pour juger de l'utilité de l'examen et peuvent décider de changer de technique en fonction de l'indication.

### Les risques inhérents à :

**L'arthrographie** : les risques liés à ces différents gestes peuvent être une infection, une réaction allergique, un saignement, un hématome ou des douleurs. Dans la littérature scientifique médicale le risque d'infection est de 1/50 000 (Mathews CJ, Weston VC, Jones A, et al. Bacterial septic arthritis in adults. Lancet 2010;375:846-55).

**IRM (image par résonance magnétique)** : le champ magnétique élevé peut interagir en chauffant, dérégulant ou en mettant en mouvement le métal libre dans le corps, les implants, les clips cérébraux, les stimulateurs cardiaques, les stimulateurs neurologiques, les pompes à insuline, les patchs médicaux, certains tatouages et le maquillage permanent.

Pour tout examen IRM, si vous êtes porteur de l'un de ces dispositifs, veuillez-nous le faire savoir.

La grossesse n'est pas une contre-indication, toutefois si vous êtes enceinte ou pensez l'être, veuillez-nous le faire savoir afin que nous puissions diminuer la puissance de la machine.

**Scanner** : Toute exposition aux rayons X est néfaste pour les cellules, raison pour laquelle nous nous efforçons de pratiquer les examens avec le moins d'exposition possible et ce dans le but de diminuer les risques liés à l'irradiation.

En cas de grossesse, le médecin radiologue jugera de l'urgence de l'examen.

**Les risques inhérents à la prise de produits pharmaceutiques** : les risques liés à la prise de produits pharmaceutiques peuvent être une réaction allergique et des effets secondaires. Si vous avez des allergies ou un terrain allergique, veuillez nous avertir.

Les produits les plus utilisés à RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE sont :

- **Les produits de contraste** : les risques les plus courants liés aux produits de contraste peuvent être une réaction allergique, une extravasation, une diminution de la fonction rénale.
- **La cortisone** : les risques les plus courants liés à la prise de cortisone peuvent être une augmentation de la glycémie en cas de diabète, une augmentation de la pression oculaire en cas de glaucome, la rétention d'eau et des troubles du sommeil. Une infection préexistante est une contre-indication à la prise de cortisone. Une dépigmentation et une atrophie de la peau autour du point d'injection avec les corticoïdes d'action de longue durée peuvent apparaître plusieurs semaines après l'infiltration et prendre jusqu'à 1-2 ans pour se résoudre. Ces effets secondaires sont purement esthétiques.
- **La lidocaïne** : le risque le plus courant lié à la prise de lidocaïne est la réaction allergique.
- **Le Buscopan®** : les risques les plus courants liés à la prise de Buscopan® est le risque allergique, l'augmentation de la pression artérielle oculaire, le glaucome est une contre-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 déclarez avoir pris connaissance des différents risques et bénéfices liés à vos examens et donnez votre accord pour pratiquer vos examens.
- Vous acceptez que vos images et vos rapports médicaux nécessaires et pertinents à l'établissement d'un diagnostic soient transmis aux hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux 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](mailto:cgavaggio@cird.ch)

**NOM et Prénom** : .....

**Date** : ..... **Signature** : .....

Si le patient n'est pas en mesure de faire une déclaration et/ou de signer en son propre nom, merci d'en indiquer la raison et de donner l'identité du représentant :

**Nom du représentant** : .....

**Signature du représentant** : .....

## QUESTIONNAIRE IRM – CT

Poids : ..... kg	Taille : .....cm	
Avez-vous déjà effectué une IRM ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà effectué une IRM avec injection de produit de contraste :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, avez-vous fait une réaction allergique suite à cette injection :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, laquelle : .....		
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été opéré du cœur, du cerveau, autre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez : .....		
Etes-vous porteur de matériel(s) ou dispositif(s) médical(aux) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Pacemaker /stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Port à Cath <input type="checkbox"/> Valve cardiaque <input type="checkbox"/> Stent		
<input type="checkbox"/> Parapluie cardiaque <input type="checkbox"/> Neurostimulateur <input type="checkbox"/> Pompe à insuline		
<input type="checkbox"/> Patch transdermique <input type="checkbox"/> Prothèse articulaire ou auditive <input type="checkbox"/> Vis <input type="checkbox"/> Plaque		
<input type="checkbox"/> Appareil dentaire fixe ou amovible		
Autre(s), précisez : .....		
Avez-vous travaillé avec les métaux ou êtes-vous susceptible d'avoir des morceaux métalliques dans le corps ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un tatouage ou du maquillage permanent de moins de 2 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà effectué un scanner ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà effectué un scanner avec injection de produit de contraste :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, avez-vous fait une réaction allergique suite à cette injection :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, laquelle : .....		
Avez-vous d'autres allergies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles : .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous traité pour des maladies chroniques telles que ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque		
<input type="checkbox"/> Maladies transmissibles <input type="checkbox"/> Glaucome (pression intra-oculaire augmentée)		
Si oui, quels sont vos traitements médicamenteux : .....		
.....		
Autre(s) maladie(s) connue(s) : .....		



### POUR LES FEMMES :

Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Date des dernières règles : .....		
Nombre de grossesse : .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu une césarienne ?		
Avez-vous des antécédents familiaux de pathologie mammaire ou ovarienne ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous ménopausées ? Si oui, depuis quel âge : .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous sous traitement hormonal ? Si oui, lequel : .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON