

CONSENTEMENT OSTEO-ARTICULAIRE : INFILTRATION – PONCTION – BIOPSIE

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 aux différents examens et techniques pratiqués :

Radiographie et 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.

Echographie : aucune contre-indication n'est connue à la réalisation d'une échographie.

Arthrographie – Infiltration articulaire – Ponction – Injection – Biopsie – Trituration - PRP : les risques liés à ces différents gestes peuvent être une infection, une réaction allergique, un saignement, un hématome ou des douleurs, une rupture du tendineuse. 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). Dans le cas d'infiltration rachidienne péri-radriculaire/foraminale vous pouvez ressentir une sensation de type décharge électrique accompagnée d'une faiblesse dans les membres inférieurs durant 30 min à 1h00, en cas d'infiltration facettaire/articulaire vous pouvez ressentir une sensation de pesanteur. Si vous avez des allergies ou un terrain allergique, veuillez-nous en informer. Si vous êtes sous traitement anticoagulant, veuillez-nous le faire savoir afin que votre médecin arrête provisoirement votre traitement anticoagulant dans le but d'éviter le risque d'hématome ou de saignement. 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.

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 :

- 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

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 OSTEO-ARTICULAIRE : INFILTRATION – PONCTION – BIOPSIE

Avez-vous des allergies aux produits de contraste iodés ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous d'autres allergies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles :		
Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous sous traitement(s) médicamenteux tel(s) que : <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Sintrom <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous traités pour des maladies telles que ? <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne <input type="checkbox"/> Maladie transmissible <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Glaucome (pression intra-oculaire augmentée) <input type="checkbox"/> Autre(s) : précisez.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà effectué une infiltration ? Si oui, combien de fois durant les 12 derniers mois :	<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

Évaluez votre douleur entre 0 et 10 (0 étant l'absence totale de douleur - 10 étant la douleur maximale) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Représentez le lieu de votre douleur avec une croix :

