

CONSENTEMENT IMAGERIE DE LA FEMME

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 :

Mammographie : 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.

Ponction – Biopsie : 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). Dans le cas des biopsies mammaires, un clip peut s'avérer nécessaire. Ce clip permettra de retrouver facilement le site de biopsie déjà ponctionné si une intervention chirurgicale devait s'avérer nécessaire. Ce clip peut parfaitement rester dans le tissu sans contre-indication.

Si vous avez des allergies ou un terrain allergique veuillez nous en informer.

Si vous êtes sous traitement anticoagulant, veuillez-nous en informer afin que votre médecin arrête provisoirement votre traitement anticoagulant dans le but d'éviter le risque d'hématome ou de saignement.

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

Les risques inhérents à la prise de produits pharmaceutiques :

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 :

- **La lidocaïne** : le risque le plus courant lié à la prise de lidocaïne est la réaction allergique.

Protection des données et facturation :

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 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 IMAGERIE DE LA FEMME

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?		
Avez-vous déjà effectué une mammographie ? Si oui, où et quand :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà effectué une échographie mammaire ? Si oui, où et quand :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, âge de la première grossesse : Nombre de grossesse(s) : Nombre d'enfant(s) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous allaité ? Durée approximative pour chaque enfant ? mois / mois / mois / mois / Avez-vous eu des complications (abcès, mastite ...) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous ménopausée ? 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
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Date des dernières règles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous remarqué une quelconque anomalie au(x) sein(s) actuellement ? Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été opéré ou eu une biopsie des seins : Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Antécédents familiaux de cancer du sein et/ou de l'ovaire : Côté paternel <input type="checkbox"/> , si oui chez qui et à quel âge ? Côté maternel <input type="checkbox"/> , si oui chez qui et à quel âge ?		
Etes-vous sous traitement anticoagulant ou aspirine ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des allergies (nickel, produit anesthésique, etc...) ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Cadre réservé au médecin

