Chère Patiente, cher Patient,

La réalisation d'une scintigraphie a été décidée par votre médecin.
Il s'agit d'administrer à votre corps une substance radioactive, qui va s'accumuler dans l'organe cible. A l'aide d'une caméra spéciale, le rayonnement produit va être détecté et devient visible. Nous voudrions vous informer par cette formule du déroulement de cet examen et des risques éventuels.

Déroulement

- Un produit faiblement radioactif (le plus souvent du Technétium Tc99m) vous est administré par voie intraveineuse. Il est éliminé par les urines et disparaît complètement du corps en 24 heures.
- Selon le type de scintigraphie pratiqué, la prise d'images se fait directement à la fin de l'injection et/ou après un délai d'attente de 2 à 4 heures.

Le temps d'attente après l'injection et avant la reprise pour réaliser les images **ne doit pas** être passé dans l'institut. Pendant ce temps, il est recommandé de ne pas entrer en contact avec de petits enfants, ou avec des femmes enceintes.
Cet examen est indolore.

Comportement après l'examen

Le jour de l'examen vous devriez éviter un contact avec les petits enfants et les femmes enceintes.
Les femmes qui allaitent devraient observer une pause de l'allaitement pendant 48 heures.
Après l'examen vous pouvez entreprendre vos activités habituelles normalement.
Vous devez boire suffisamment et uriner fréquemment le jour de l'examen. De cette façon, l'évacuation de la substance radioactive sera améliorée et l'irradiation diminuée.
Si durant le jour suivant l'examen vous remarquez des sensations inhabituelles, nous vous prions de nous contacter sans hésiter.

Risques

- Irradiation: elle correspond à 1.3 fois la dose d'irradiation naturelle annuelle.
- Des cas rarissimes de réaction allergique aux produits utilisés peuvent être observés.
- Il faudrait éviter si possible d'effectuer les examens scintigraphiques chez les femmes enceintes ou qui allaitent.

Pour prévenir ces risques ou d'autres contre-indications, nous vous prions de répondre au questionnaire de sécurité.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nom :_____ Date de naissance: / /

Prénom : _____ Poids : kg

Taille : cm

	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments anti-coagulants Si oui, lesquels : _____	☐	☐
Souffrez-vous d'allergies ou d'asthme? Si oui, quelle(s) allergie(s) : _____	☐	☐
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale? Si oui, lesquels : _____	☐	☐
Souffrez-vous d'une pathologie thyroïdienne? Si oui, quel médicament prenez-vous?_____	☐	☐
Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	☐	☐
Êtes-vous en période d'allaitement ?	☐	☐

Remarques / compléments d'informations? _____

_____

_____

_____

Par ma signature, je confirme avoir lu le document « Information Patient Médecine Nucléaire » et avoir compris et répondu correctement au présent questionnaire et donne mon accord à la réalisation de l'examen. Pour une meilleure évaluation de mon cas, j'accepte qu'Affidea puisse faire la demande d'anciens rapports ou examens.

Signature du patient: _____ Date : / /