Chère Patiente, cher Patient,

Vous allez subir une petite intervention sous la forme d'une ponction ou d'une infiltration.
Selon votre pathologie, il peut s'agir d'un des examens suivants :

- Infiltration facettaire ou péri-radiculaire de la colonne lombaire/cervicale
- Infiltration thérapeutique ou arthrographique d'une articulation
- Ponction diagnostique d'un organe

Avec ce formulaire, nous voulons vous informer du déroulement de cet examen et des risques éventuels.

Déroulement

- La préparation et la désinfection de la région du corps concernée aura lieu dans la salle d'examen.
- Dans la plupart des cas, sous environnement stérile, une anesthésie locale va être réalisée.
- Ensuite, le médecin radiologue va pratiquer la ponction ou l'infiltration soit, sous scopie RX, au scanner ou à l'aide d'un appareil d'échographie.
- Si l'examen l'exige, un produit de contraste sera utilisé pour améliorer de la meilleure façon le résultat de l'examen.

Toutes ces manipulations sont tout à fait supportables en ce qui concerne la douleur.

Comportement après l'examen

Après l'examen, il ne faudra ni conduire ni utiliser de machines dangereuses durant le 12 heures suivantes et il faudra se faire accompagner. Pour le reste, vous pourrez reprendre toutes autres activités.
Evitez toutefois des surcharges sur la partie du corps concernée, en principe au cours des 24 premières heures.
Lors d'infiltration lombaire/cervicale, cela vaut pour toutes les activités.
Si durant le jour suivant l'examen vous remarquez des sensations inhabituelles, nous vous prions de nous contacter sans hésiter.

Risques

- Un saignement, voire un hématome peuvent survenir dans de rares cas à l'endroit de la ponction.
- En outre, se pose également le risque d'une infection locale.
- Des réactions allergiques aux produits de contraste ou aux médicaments utilisés peuvent également apparaître, mais dans des cas excessivement rares.
- A la suite d'une infiltration lombaire/cervicale :
    - peuvent surgir, dans de rares cas, des sensations bizarres (par ex. : légères modifications des mouvements, picotements, perte de sensibilité, etc.) ainsi qu'une légère paralysie (par ex. : boiterie). Ces signes disparaissent en règle générale dans les 6 à 8 heures.
    - Vous devez aussi être informé du risque exceptionnel d'accident neurologique dû à des troubles circulatoires.
- En cas d'infiltration sous guide de scopie RX ou scanner, la quantité de rayonnement ionisant émis a un faible impact sur la probabilité de développer un cancer au cours de sa vie. En effet les bénéfices d'un examen cliniquement approprié demeurent supérieurs aux risques qu'il occasionne (voir la brochure à disposition dans la salle d'attente ou sur notre site internet www.affidea.ch).

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 connues à des produits de contraste ? Si oui, lesquels ? _____	☐	☐
Souffrez-vous d'autres allergies ou d'asthme? Si oui, quelle(s) allergie(s) : _____	☐	☐
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale? Si oui, laquelle ? _____	☐	☐
Souffrez-vous de diabète ? Si oui, quel médicament prenez-vous (p.ex. Metformin)? _____	☐	☐
Souffrez-vous d'ulcère à l'estomac ?	☐	☐
Avez-vous déjà été opéré dans la région à examiner ? Si oui, quand ? / /	☐	☐
Pour les ponctions thérapeutiques : Avez-vous déjà subi une infiltration de cortisone ? Si oui, quand ? / /	☐	☐
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 Ponction » 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. Je confirme que je ne dois ni conduire, ni utiliser de machines dangereuses durant les 12 prochaines heures et que je serai accompagné après l'examen.

Signature du patient: _____ Date : / /