

Chère Patiente, cher Patient,

Vous allez subir un examen au moyen d'un CT (*Computed Tomography*) ou Scanner.

L'examen par scanner est un procédé d'imagerie qui permet la visualisation des organes non visibles de l'extérieur.

L'unité de balayage, composée d'un appareil à rayons X et de détecteurs, effectue des rotations autour du corps, et permet ainsi la représentation en coupes et en 3 dimensions des organes à examiner.

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

Déroulement

- La durée de l'examen est de 15 à 60 minutes selon le type d'examen.
- Il est important de rester sans bouger durant tout l'examen. Pour ce faire, vous serez installé de la manière la plus confortable possible.
- A tout moment, vous pouvez communiquer avec le personnel.
- Si l'examen l'exige, un produit de contraste vous sera administré par voie veineuse et/ou par voie orale et rectale (pour les examens abdominaux).

Comportement après l'examen

Après l'examen, vous pourrez reprendre votre activité normale.

Si, durant l'examen, on vous a administré un produit de contraste par voie veineuse, il est vivement conseillé, par la suite, de boire au minimum 1 ½ litres de liquide afin de favoriser l'élimination de ce produit de contraste.

Par contre, si l'on vous a administré un tranquillisant par voie orale ou veineuse, vous ne devez ni conduire, ni utiliser de machines dangereuses durant les 12 prochaines heures.

Si durant le jour suivant l'examen vous remarquez des sensations inhabituelles, nous vous prions de nous contacter sans hésiter.

Risques

Si un produit de contraste doit vous être administré, il se peut, dans de rares cas, qu'une allergie survienne.

Pour prévenir ce risque 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: <input type="text"/>
Prénom : _____	Poids : <input type="text"/> kg
	Taille : <input type="text"/> cm

	OUI	NON
Souffrez-vous d'allergies connues à des produits de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies connues à certains médicaments? Si oui, auxquels : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres allergies ou d'asthme? Si oui, quelle(s) allergie(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une pathologie thyroïdienne? Si oui, quel médicament prenez-vous? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ? Si oui, quel médicament prenez-vous (p.ex. Metformin)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'hypertension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments anti-coagulants (p. ex. Aspirine, Sintrom,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques / compléments d'informations? _____ _____ _____		
<p>Par ma signature, je confirme avoir lu le document « Information Patient CT-Scanner » 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.</p>		
Signature du patient: _____	Date	<input type="text"/>