

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-radicaire 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 plus part 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, vous pourrez reprendre votre activité normale.

**Évitez 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. **Si c'est le cas, durant ce laps de temps, il ne faudra ni conduire de véhicule, ni utiliser de machines dangereuses.**
  - Vous devez aussi être informé du risque exceptionnel d'accident neurologique dû à des troubles circulatoires.

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" value=" / /"/>
Prénom: _____	Poids: <input type="text"/> kg
	Taille: <input type="text"/> cm

	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? Si oui, lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies connues à des produits de contraste ? Si oui, lesquels ? _____	<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 ? Si oui, laquelle ? _____	<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'ulcère à l'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été opéré dans la région à examiner ? Si oui, quand ? <input type="text" value=" / /"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les ponctions thérapeutiques : Avez-vous déjà subi une infiltration de cortisone ? Si oui, quand ? <input type="text" value=" / /"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pour les femmes :</b> Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques / compléments d'informations? _____ _____		
<p>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.</p>		
Signature du patient: _____	Date: <input type="text" value=" / /"/>	