

INFILTRATIONS RX-US

Informations et consentement



Questionnaire médical préalable à l'infiltration

- | | |
|--|---|
| 1. Avez-vous des antécédents d'allergies ? | Oui ☐ Non ☐ |
| 2. Avez-vous déjà eu une réaction à un produit de contraste iodé ? | Oui ☐ Non ☐ |
| 3. Êtes-vous actuellement enceinte ou y a-t-il un risque de grossesse ? | Oui ☐ Non ☐ |
| 4. Avez-vous une infection articulaire en cours ou récente (fièvre, douleur, gonflement articulaire) ? | Oui ☐ Non ☐ |
| 5. Avez-vous un diabète ? | Oui ☐ Non ☐ |
| 6. Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant ? | Oui ☐ Non ☐ |

Consentement éclairé à l'infiltration sous radio (rx) ou sous échographie (us)

Nature de l'examen :

Il vous est proposé une infiltration (injection d'un médicament à visée anti-inflammatoire ou antalgique) sous contrôle radiologique ou échographique afin d'assurer une précision optimale du geste.

Déroulement de l'examen :

- L'examen débute par une ponction articulaire stérile pour injecter un produit de contraste iodé afin de vérifier la bonne position de l'aiguille.
- Ensuite, le médicament est injecté.
- Durée approximative : 15 minutes.

Risques et effets secondaires possibles :

- Douleur ou inconfort au site d'injection.
- Risque d'infection articulaire (exceptionnel).
- Réaction allergique au produit de contraste iodé.
- Saignement ou hématome au point de ponction.
- Hyperglycémie transitoire (chez les diabétiques).

Engagement du patient :

- J'ai été informé(e) de la nature et du déroulement de l'examen.
- J'ai compris les bénéfices et les risques potentiels.
- J'ai eu la possibilité de poser toutes mes questions, et j'ai reçu des réponses satisfaisantes.

☐ **Je consens à la réalisation de l'infiltration dans les conditions expliquées.**

Nom et prénom du patient : _____

Date : _____

Signature du patient : _____