



Centre de Scanographie de la Guadeloupe
Résidence Ernestine Webbe – 97 110 Pointe à Pitre
Tél. : 0590 89 02 02 / Fax : 0590 89 09 87

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé un examen d'**ARTHROSCANNER**. Il sera pratiqué **avec votre consentement**. Vous avez la liberté de l'accepter ou de le refuser.

DE QUOI S'AGIT-IL ? L'examen consiste à injecter à l'aide d'une aiguille un liquide iodé à l'intérieur de l'articulation, ce qui permettra d'opacifier (colorer) l'intérieur de l'articulation radiologiquement.

DEROULEMENT DE L'EXAMEN. La peau est d'abord désinfectée. La piqûre est, comme toute piqure, un moment un peu désagréable de l'examen selon les articulations à étudier. L'injection du liquide iodé dans l'articulation ne provoque tout au plus que des douleurs modérées et très passagères. Après avoir retiré l'aiguille, on réalisera le scanner . Le scanner utilise des rayons X. Vous serez allongé sur le lit d'examen qui se déplacera dans un large anneau.

L'examen dure environ 15mn.

VOUS DEVEZ NOUS INFORMER SI :

- Vous êtes **sous anticoagulants ou aspirine** (un arrêt de 10 jours avant l'examen devra être autorisé par votre médecin).
- Vous avez subi **une piqûre dans l'articulation** il y a moins de 1 mois (infiltration ou autre) : le scanner ne pourra se réaliser qu'à partir d'1 mois après toute piqûre dans l'articulation.
- Vous avez **des antécédents allergiques** quels qu'ils soient et/ou de l'asthme ; il faut savoir que l'injection de produit iodé peut entraîner une réaction d'intolérance. Les réactions imprévisibles sont plus fréquentes chez les patients ayant déjà eu une injection mal tolérée ou ayant des antécédents allergiques. **Dans tous les cas, si vous pensez être ou avoir été allergique, vous devez nous le signaler au moins 3 jours** avant le rendez-vous, afin de **mettre en place un traitement préventif**.
- Vous êtes **enceinte** ou susceptible de l'être
- Vous **annulez ou voulez déplacer votre RDV** (au moins 48h à l'avance)

CONSENTEMENT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT (entourer la bonne réponse)

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu dans votre vie des réactions allergiques quelles qu'elles soient ? | OUI | NON |
| 2. Êtes-vous asthmatique ? | OUI | NON |
| 3. Êtes-vous diabétique ? | OUI | NON |
| 4. Avez-vous une maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale ? | OUI | NON |
| 5. Avez-vous pris récemment des sous anticoagulants ou aspirine ? | OUI | NON |
| 6. Êtes-vous enceinte ou êtes-vous susceptible de l'être ? | OUI | NON |

Madame, Mademoiselle, Monsieur..... a personnellement rempli cette fiche le et **donne son accord** pour que l'examen et l'injection soient réalisés.

Signature :