

QUESTIONNAIRE — INFILTRATION SOUS SCANNER

Recherche des contre-indications avant votre examen

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Poids : ___ kg Taille : ___ cm

Date de l'examen : ___ / ___ / _____ Examen prescrit : _____

① GROSSESSE ET ALLAITEMENT

À renseigner si vous êtes une femme âgée de 12 à 55 ans. L'examen utilise des rayons X.

Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Existe-t-il un risque que vous soyez enceinte (retard de règles, absence de contraception efficace) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allaitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

② TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS ET ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES

Point critique : ces traitements augmentent le risque de saignement. N'arrêtez jamais un traitement sans avis médical.

Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (ex. : aspirine, Kardégic®, Plavix®, Eliquis®, Xarelto®, Prévican®...) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

Si oui, précisez le(s) nom(s) et la posologie :

Date de la dernière prise : ___ / ___ / _____ Arrêt prescrit ? OUI NON Depuis le : ___ / ___ / _____

Avez-vous un trouble de la coagulation connu, ou des saignements / bleus qui surviennent facilement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous fait une prise de sang récente (TP, TCA, plaquettes) de moins d'1 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

③ ALLERGIES

Quelques millilitres de produit iodé peuvent être utilisés pour vérifier le bon positionnement de l'aiguille.

Avez-vous une allergie connue à l'iode ou à un produit de contraste utilisé en radiologie ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une allergie aux anesthésiques locaux (Xylocaïne®, lidocaïne) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une allergie aux corticoïdes ou à une infiltration précédente ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une allergie aux antiseptiques (Bétadine®, chlorhexidine), au latex ou aux sparadraps ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous d'autres allergies médicamenteuses ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si oui, précisez :

④ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET TRAITEMENTS

Êtes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
⚠ En cas de diabète : une surveillance rapprochée de la glycémie est recommandée dans les jours qui suivent l'infiltration. Les corticoïdes peuvent déséquilibrer le diabète.	
Avez-vous un glaucome (« tension dans l'œil ») ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une infection en cours (fièvre, infection de la peau près du point de piqûre, abcès dentaire...) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été infiltré(e) au même endroit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si infiltration précédente au même endroit — Date : ___ / ___ / _____ Efficacité : Bonne Partielle Nulle Réaction : OUI NON

Autres antécédents importants et traitements en cours :

⚠ Information importante

Toute réponse positive ne contre-indique pas systématiquement votre examen, mais permet à notre équipe d'adapter la prise en charge. Pensez à apporter vos ordonnances et votre bilan sanguin. En cas de doute, contactez-nous avant votre venue au 04 22 17 02 22.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Date : ___ / ___ / _____	Signature du patient :
--------------------------	------------------------