



CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Hôpital privé A.TZANCK

MOUGINS - SOPHIA-ANTIPOLIS

ESPERANCE - PLEIN CIEL - ST BASILE

122 avenue Maurice Donat BP 1250 06254 MOUGINS CEDEX

Prise de RDV : 04.92.28.30.10 (Scanner-IRM) / 04.92.92.04.10 (Autres RDV)

Dr P. KERBOUL
Dr J. MARGARITORA-EBERHARDT
Dr F. DAUSSE
Dr M. RAYNAL
Dr B. HAMMEL

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE
DENTAIRE ET INTERVENTIONNELLE
SCANNER - IRM - COLOSCANNER
ARTHROSCANNER - ARTHRO IRM
ECHOGRAPHIE - DOPPLER OSTEODENSITOMETRIE
MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE et
TOMOSYNTHESE
MICRO ET MACROBIOPSIES MAMMAIRES
INFILTRATIONS - BIOPSIE

INFORMATION POUR LES ARTHRO-IRM, ARTHRO-SCANNER ET ARTHRO-DILATATION

• Avant le geste :

- Si vous prenez un traitement anti-coagulant ou un traitement anti-agrégant plaquettaire (Aspirine, Asasantine, Kardegic, Persantine, Plavix, Previscan, Sintrom, Solupsan, Ticlid, Duoplavin...), il pourrait être nécessaire d'arrêter le traitement avant une infiltration rachidienne en raison du risque d'hématome épidural. Cet arrêt se fera avec l'accord exclusif de votre cardiologue ou de votre médecin traitant.

Etes-vous allergique au produit de contraste iodé, à la xylocaïne ou au Gadolinium ?

Entourer la mention utile : OUI NON NE SAIT PAS

• Le jour de l'infiltration, apporter :

- la demande de votre médecin (= **ordonnance**).
- **l'ensemble du dossier radiologique en votre possession (radio, écho, scanner , IRM et/ou scintigraphie osseuse)**
- la liste de médicaments que vous prenez.
- Le premier temps de l'examen consiste en une ponction articulaire et opacification (remplissage) avec un produit de contraste.
- L'opacification articulaire peut créer une sensation de lourdeur ; celle-ci disparaîtra dans les heures suivant le geste.
- Le risque d'infection est exceptionnel (1 cas pour 70 000 gestes).
- Dans un second temps, vous passerez le scanner ou l'IRM, sans nouvelle injection, pour obtenir des informations diagnostiques plus précises.

En cas de fièvre ou de douleurs importantes et persistantes dans les jours suivant l'infiltration, il faut contacter votre médecin ou notre équipe.

- N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire au
04 92 92 04 10.

Madame, Monsieur.....
a personnellement rempli cette fiche le..... et donné son accord
pour que le geste soit réalisé.

Signature :