



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 INFILTRATIONS RACHIDIENNES,
ARTICULAIRES, TENDINEUSES,
VISCOSUPPLEMENTATION OU TRITURATION

• 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 ou à la xylocaïne ?

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**
- **un Scanner ou Irm de la région concernée de moins de 6 mois**
- la liste de médicaments que vous prenez.

• Après le geste :

- Le repos est souhaitable pendant 48 heures, afin d'améliorer l'efficacité de l'infiltration.
- L'infiltration peut parfois s'accompagner d'une poussée douloureuse dans les 24 à 48 heures qui suivent le geste, l'amélioration se manifestant en moyenne 3 jours après l'infiltration, parfois après 5 à 7 jours.

- Le risque d'infection est exceptionnel (1 cas pour 70 000 gestes).

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 lu cette fiche et donné son accord, pour que l'examen soit réalisé le à

Signature :

• Évaluation de votre douleur avant l'infiltration (entourez le chiffre) :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----