

Nom: ..... Prénom: .....  
Date de naissance: ..... Poids: ..... kg

**Information destinée au patient sur la tomodensitométrie (TDM)**

Chère patiente, cher patient,

Votre médecin traitant a demandé la réalisation d'une tomodensitométrie (TDM) pour vous. Avant cet examen, nous vous prions de bien vouloir lire avec attention les explications fournies ici puis de remplir le questionnaire.

**Examen TDM**

La tomodensitométrie (CT) est un procédé de diagnostic dans le cadre duquel la région du corps à examiner est traversée par un faisceau de rayons X focalisé, en rotation autour du corps. La dose de rayons émise est limitée à un niveau aussi faible que possible. Un traitement assisté par ordinateur effectué par la suite permet d'obtenir des coupes de toutes les profondeurs. Afin que les résultats de l'examen soient aussi probants que possible, il peut être nécessaire de vous injecter un produit de contraste dans les vaisseaux sanguins.

**Réalisation de l'examen**

La durée de l'examen est d'une demi-heure au maximum. Durant les périodes d'enregistrement qui durent chacune quelques secondes, la table sur laquelle vous êtes allongé se déplace en avant. Soyez calme et détendu. Vous ne devez pas bouger, en effet, tout mouvement pourrait altérer la qualité de l'image et les résultats de l'examen. Vous serez prié de retenir votre respiration si nécessaire. Notre personnel vous entend et vous voit en permanence, en cas de problème, il vous suffit de parler. Si un produit de contraste vous est injecté pendant l'examen, il est important que vous buviez beaucoup ce jour-là afin d'accélérer son élimination.

**J'ai connaissance du fait que mes images peuvent être évaluées par plusieurs médecins si nécessaire.**

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Avez-vous une allergie connue à un produit de contraste et/ou à l'iode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà connu des troubles lors d'examens avec un produit de contraste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par exemple des réactions circulatoires, éruptions cutanées ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles?.....		
Souffrez-vous d'autres allergies ou intolérances à des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie de la glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un glaucome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes une femme: est-il possible que vous soyez enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez des questions, veuillez vous adresser à l'équipe de radiologie.		

**J'ai compris les questions et y ai répondu correctement.**

Date: ..... Signature: .....

**À remplir par le personnel:**

Kreatinin: ..... Clearence: ..... Visum MTRA: .....

CT FRAGEBOGEN FRANZÖSISCH