



Centre d'Imagerie Moléculaire et Fonctionnelle  
TEPSCAN & SCINTIGRAPHIE

## FICHE D'ACCOMPAGNEMENT

### SCINTIGRAPHIE TEP FDG CARIAQUE

#### IMPORTANT :

##### Le jour de l'examen

- Apportez:
  - ❖ votre ordonnance
  - ❖ votre carte vitale
  - ❖ votre attestation de mutuelle
  - ❖ vos courriers médicaux, anciens examens
  - ❖ Consentement complété et signé
  - ❖ Masque et stylo
  
- Prévoir 2H pour la réalisation de l'examen
  
- Respecter le jeun**, si diabète une fiche spécifique vous sera donnée
  
- Signalez-vous avant l'examen :
  - ❖ vous êtes enceinte ou allaitez
  - ❖ Vous devez prendre l'avion dans les 48H pour obtenir un certificat
  
- L'examen est contre-indiqué en cas de grossesse

Signalez nous si vous êtes **enceinte** ou êtes susceptible de l'être, si vous **allaitez** et / ou si vous devez prendre l'**avion** les jours suivant l'examen.

**Vous pouvez lire la note d'information en pièce jointe sur les rayonnements en médecine.**

### 1 - PREPARATION POUR L'EXAMEN

- Etre à jeun, si diabète une fiche spécifique vous sera donnée
- Respecter durant 24h avant l'examen le régime spécifique pour examen cardiaque – ci-dessous
- Venir avec le moins d'objets métalliques (bijoux, fermetures éclair...)

### 2 – DOCUMENTS NECESSAIRES

- Apportez : **ordonnance, carte vitale et moyen de paiement**. Si vous possédez des résultats en lien avec l'examen pensez à les amener (scanner, IRM, échographie).
- Afin d'améliorer votre accueil, vous pouvez compléter le **consentement** ci-joint et imprimer le questionnaire de satisfaction.

### 3 – DEROULEMENT DE L'EXAMEN

Prévoir une durée **d'environ 2h**

#### Etape 1 :

Arrivée 15min avant l'heure de convocation pour les formalités administratives avec nos secrétaires.

Injection du radiotracteur, qui est totalement indolore

Attente d'une heure allongée dans une pièce dédiée

#### Etape 2 :

Au bout de 1H réalisation des images en position allongée. Elles durent environ 15min avec scanner

Vérification des images et vous pourrez sortir

Les résultats sont envoyés directement au médecin prescripteur qui vous donnera lui-même les informations.



1heure



## CONSIGNES REGIME CARDIOLOGIQUE POUR EXAMEN TEP

Merci de lire attentivement les consignes et instructions ci-dessous afin de préparer au mieux votre examen :

- **ETRE A JEUN 12H AVANT L'EXAMEN** (sauf patients diabétiques sous insuline : appeler le service pour les consignes très spécifiques) – eau plate autorisée.
- **Un régime spécial** doit être strictement respecté la **veille et le jour** de l'examen

### **Aliments INTERDITS:**

Tous les aliments et produits sucrés (bonbons, chocolat, miel, confiture, viennoiseries, biscuits, gâteaux...).

Lait et laitages : yaourts, fromages blancs, petits suisses, entremets, crèmes desserts...

Pain, pain de mie et biscottes.

Tous les féculents (riz, pomme de terre, céréales, pâtes, semoule, blé, légumes secs, ...).

Tous les légumes verts crus ou cuits sauf la salade verte.

Tous les fruits.

Toutes les boissons sucrés ou alcoolisées.

### **Aliments AUTORISES:**

Tous les fromages.

Toutes les viandes (bœuf, porc, veau, agneau et volaille), poissons non panés, crustacés et œufs.

Matières grasses : beurre, margarine, huiles.

Salade verte.

Boissons : eau minérale sans additifs, café et thé sans sucre.

*Exemple de menu* : salade verte, escalope de dinde, gruyère. Peut être ajoutée de la matière grasse sous forme d'huile ou pour la cuisson de la viande. Bien rester à jeun les 12h avant l'examen.

## **INFORMATION SUR LA SCINTIGRAPHIE ET LE TEP SCANNER**

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a prescrit un examen scintigraphique qui aura tout son intérêt dans votre prise en charge médicale. Cet examen ne sera réalisé qu'avec votre consentement.

**Qu'est-ce qu'un examen de médecine nucléaire ?** Il s'agit d'un examen d'imagerie médicale réalisé après administration, le plus souvent par injection, parfois par ingestion ou inhalation, d'une très faible quantité d'un produit radioactif appelé radiopharmaceutique. Le radiopharmaceutique utilisé a la propriété de se fixer sur l'organe ou le tissu que l'on souhaite explorer, son émission de rayonnements va permettre la réalisation d'images grâce à une caméra. Des fiches d'information concernant chaque type d'examen et produit radioactif utilisé sont à votre disposition sur simple demande.

**Préparation et durée de l'examen :** La plupart des examens ne demandent pas de préparation particulière. Pour certains examens il est important de signaler lors de la prise du rendez-vous les traitements en cours et l'existence éventuelle d'un diabète. Certains examens nécessitent un régime particulier, ce qui vous sera exprimé lors de la prise de rendez-vous. Les examens se passent souvent en plusieurs phases, la durée totale de l'examen varie de trente minutes à quelques heures.

**Grossesse, retard de règles et allaitement :** Les examens sont habituellement réalisés en l'absence de risque de grossesse. Si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être, merci de le signaler par avance ou dès votre arrivée dans le service. En cas d'allaitement, celui-ci devra être interrompu pour une durée dépendant du produit utilisé.

**Après l'examen :** Dès la fin de l'examen vous pourrez quitter le service. Suivant le type d'examen, vous repartirez avec les résultats ou ils seront envoyés par nos soins au médecin demandeur avec votre consentement (en cas d'urgence le compte rendu pourra être transmis par fax ou par téléphone). Vous avez également la possibilité de venir les récupérer en mains propres auprès de notre secrétariat.

**Risques éventuels lié à l'examen :** Cet examen utilise un produit radioactif qui sera naturellement éliminé en quelques heures.

La dose administrée est extrêmement faible, il n'existe pas de toxicité, les réactions allergiques sont très exceptionnelles.

La dose de rayonnements ionisants délivrée à l'occasion de cet examen est du niveau des faibles doses et correspond approximativement, comme les examens de radiologie, à une ou plusieurs années d'irradiation naturelle en France. A ce faible niveau d'exposition, aucun détrimement sur la santé n'a jamais été démontré. Afin d'accélérer l'élimination naturelle par les voies urinaires de cette très faible irradiation résiduelle, il vous est recommandé de boire abondamment et d'uriner fréquemment.

Pendant les heures qui suivront votre sortie du service, vous serez susceptibles de délivrer vous-même, à vos proches et votre entourage, de très faibles doses de rayonnements qui ne présentent aucun risque ; par mesure de précautions évitez le contact avec les enfants en bas âge et les femmes enceintes. Certains lieux comportent des détecteurs de radioactivité (aéroports, certains postes frontières...) que vous pouvez déclencher parfois plusieurs jours après l'examen. Merci de vous signaler au secrétariat si vous devez prendre l'avion dans les jours suivants pour obtenir une attestation.

## **INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT POUR ACTE DE TELEMEDECINE**

Madame, Monsieur,

Le centre d'imagerie moléculaire et fonctionnelle (CIMOF) dispose d'une organisation permettant le recours à la télé-interprétation via Télé médecine. Pour cela le médecin spécialiste en médecine nucléaire peut intervenir à distance dans le cadre de votre prise en charge médicale.

**Qu'est-ce que la télé médecine ?** la télé médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. La télé médecine permet d'améliorer les soins dont vous pourrez bénéficier au sein de notre établissement en évitant de vous déplacer. L'exercice de la télé médecine est une pratique encadrée par la loi (article L.6316-1 du Code de la Santé Publique et décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010)

**La confidentialité et la protection de vos données :** la télé médecine nécessite un échange d'informations entre les professionnels qui participent à votre prise en charge en télé médecine. Sauf opposition justifiée de votre part, les informations recueillies lors de vos actes de télé médecine feront l'objet d'un enregistrement informatique strictement réservé à l'usage des professionnels qui participent à vos soins, sur place ou à distance. Ces informations sont conservées dans un espace sécurisé garantissant toutes les exigences de confidentialité et de sécurité de vos données.

**Vos droits :** tout acte de télé médecine requiert votre consentement. Vous avez libre choix d'accepter ou non de bénéficier d'une prise en charge en télé médecine. Dans ce cas, il vous suffira de prévenir un des médecins de notre établissement

Je soussigné(e), Mme/M..... né(e) le ..... à ..... en ma qualité de :

- Patient                       Personne de confiance / Tuteur / Titulaire de l'autorité parentale  
du patient ..... né le ..... à .....

**1 - CONSENTEMENT A LA REALISATION DE L'EXAMEN SCINTIGRAPHIQUE**

- J'accepte**                       **Je refuse**

**2- CONSENTEMENT A LA TRANSMISSION DES EXAMENS ET COMPTES-RENDUS D'IMAGERIE**

Je reconnais avoir été informé(e) des bénéfices et conditions de partage de mes examens d'imagerie et comptes-rendus associés, ou des examens et compte rendus associés du patient susvisé, produits au bénéfice des professionnels de santé impliqués dans ma (sa) prise en charge par les médecins du CIMOF sur les différents sites d'exercice :Clinique Pasteur à Toulouse, Clinique des Cèdres à Cornebarrieu, Clinique du pont de chaume, Hôpital de Pau, Hôpital d'Albi, IUCT Oncopole Toulouse.

- J'accepte**                       **Je refuse**

le partage de mes (ses) examens d'imagerie et compte rendus associés au bénéfice des professionnels de santé **intervenant dans ma (sa) prise en charge. Je reconnais la qualité de membre de l'équipe de soins à tous les professionnels** de santé intervenant dans ma (sa) prise en charge, impliquant la possibilité d'accès à mes (ses) données de santé partagées.

Par ailleurs, les informations recueillies lors de la venue du patient (données d'identification, modalités de prise en charge, antécédents familiaux, données concernant votre santé, etc....), feront l'objet, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit ainsi que pour les données administratives, au service de facturation. S'agissant de vos données médicales, celles-ci sont conservées pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur, applicables en matière de conservation des données médicales.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés, vous pouvez exercer les droits suivants : accès, rectification, opposition, portabilité, à l'effacement ou une limitation de traitement notamment dans le cadre de projet de recherche, de recueil de satisfaction ou des évaluations qualité. Pour ce faire trois méthodes :

- par courrier à l'adresse mentionnée en bas du présent document,
- par courriel à l'adresse suivante : smnuc@clinique-pasteur.com,
- par contact direct auprès de la CNIL.

Tout médecin désigné par vous-même peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical.

**3- CONSENTEMENT A L'ACTE DE TELEMEDECINE**

Je reconnais avoir été informé(e) par le centre d'imagerie moléculaire et fonctionnelle (CIMOF), des objectifs de l'utilisation de la télémédecine dans le cadre de ma prise en charge médicale au CIMOF. Je reconnais avoir été informé(e) qu'aucun acte diagnostic ou thérapeutique ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé. Je reconnais également avoir reçu une fiche d'information détaillée sur la télémédecine, précisant que mes données seront conservées dans le dossier patient informatisé et partagées avec les professionnelles intervenant dans ma prise en charge au CIMOF.

- J'accepte**                       **Je refuse**

à bénéficier d'une prise en charge en Télémédecine lors de mon séjour. Je consens aussi au partage de mes données de santé personnelles au sein de l'équipe de soins participant à ma prise en charge en télémédecine ,tout en ayant connaissance de la possibilité qui m'est réservée de retirer mon consentement à tout moment.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Madame, Monsieur, Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire et de le déposer au secrétariat avant votre sortie.

Date de l'enquête .....

### 1 – IDENTIFICATION

- 1 - Vous êtes :  Homme  Femme
- 2 - RDV pris par :  Vous-même  Votre Médecin
- 3 - TYPE D'EXAMEN :  Endocrinologie  Cardiologie  Digestif  
 Lympho-scintigraphie  Neurologie  Ostéologie  
 Pneumologie  TEP  Urologie

### 2 – ACCESSIBILITE AU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE

- 1- Avez-vous facilement trouvé la clinique ?  Oui  Non  Pas concerné
- 2- Avez-vous facilement trouvé la place pour vous garer ?  Oui  Non  Pas concerné

### 3– VOTRE ACCUEIL

#### 1- Votre niveau de satisfaction sur l'accueil lors du RDV téléphonique ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait	Pas concerné
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Quel est votre niveau de satisfaction sur l'accueil à votre arrivée :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3- Quelle est votre satisfaction sur l'accueil au moment de votre d'examen

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente dans la salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4 – PRISE EN CHARGE LORS DE L'EXAMEN

#### 1. Lors de votre examen au CIMOF, quel est votre niveau de satisfaction sur ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait	Pas concerné
L'écoute et l'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de la prise en charge par le personnel pendant votre examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité/dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le respect de la confidentialité

## 5 – INFORMATION SUR VOTRE PRISE EN CHARGE

### 1. Quel est votre niveau de satisfaction sur ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
La clarté des informations données à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données sur le déroulement de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identification du personnel qui vous a pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6 – REMISE DE VOS RESULTATS D'EXAMEN

### 2. Quel est votre niveau de satisfaction sur ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
La disponibilité et l'écoute du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions de remise de vos résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données sur les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7 – ENVIRONNEMENT DE VOTRE PRISE EN CHARGE

### Quel est votre niveau de satisfaction sur :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
La propreté et l'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort du mobilier et des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 – VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Sur l'appréciation globale du Centre de Médecine Nucléaire, vous êtes plutôt :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Pas Satisfait

Pourquoi ? (Remarques, conseils, points à améliorer)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....