

SCINTIGRAPHIE VENTRICULAIRE

IMPORTANT :

Avant l'examen

Attention l'examen est contre-indiqué si :

☒ vous êtes enceinte. En cas d'allaitement
veuillez nous contacter pour obtenir les
instructions

Le jour de l'examen

☒ Apportez:

- ❖ votre ordonnance
- ❖ votre carte vitale
- ❖ votre attestation de mutuelle
- ❖ vos courriers médicaux, anciens examens
- ❖ Consentement complété et signé
- ❖ tenue adaptée au sport
- ❖ un moyen de paiement

☒ Prévoir 1h30 pour la réalisation de l'examen

Signalez-vous avant l'examen :

- ❖ vous êtes enceinte ou allaitez
- ❖ Vous devez prendre l'avion dans les 48H pour obtenir un certificat

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

- aucune.

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
- 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 4heures** (on vous spécifiera la possibilité de sortir entre l'étape 1 et 2)

Etape 1 :

Injection par voie veineuse, puis phase d'attente

Etape 2 :

Images grâce à une caméra la plupart du temps en position demi-assise.

Communication des résultats par le médecin nucléaire et formalité administratives



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 liés 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 détriment 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 Télémédecine. 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 télémédecine ? la télémédecine 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 télémédecine permet d'améliorer les soins dont vous pourrez bénéficier au sein de notre établissement en évitant de vous déplacer. L'exercice de la télémédecine 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 télémédecine nécessite un échange d'informations entre les professionnels qui participent à votre prise en charge en télémédecine. Sauf opposition justifiée de votre part, les informations recueillies lors de vos actes de télémédecine 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 télémédecine requiert votre consentement. Vous avez libre choix d'accepter ou non de bénéficier d'une prise en charge en télémédecine. 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 télémedecine 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 télémedecine, 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 Télémedecine 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 télémedecine ,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	☐	☐	☐	☐	☐
Ecoute	☐	☐	☐	☐	☐
Délai d'attente au téléphone	☐	☐	☐	☐	☐

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

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
Amabilité	☐	☐	☐	☐
Ecoute	☐	☐	☐	☐
Délai d'attente à l'accueil	☐	☐	☐	☐

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

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas Satisfait
Amabilité	☐	☐	☐	☐
Ecoute	☐	☐	☐	☐
Délai d'attente dans la salle	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité de la prise en charge par le personnel pendant votre examen	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐
Le respect de votre intimité/dignité	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations données sur le déroulement de l'examen	☐	☐	☐	☐
Identification du personnel qui vous a pris en charge	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
Les conditions de remise de vos résultats	☐	☐	☐	☐
La clarté des informations données sur les résultats	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
Le confort du mobilier et des équipements	☐	☐	☐	☐

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....