

Questionnaire préinfiltration

		OUI	NON
Perte de connaissance	Avez-vous déjà perdu connaissance lors d'une infiltration ou une prise de sang ?		
Allergie	Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un des produits suivants ? : - Anesthésie locale - Diachylon - Cortisone - Iode		
Anticoagulant	Prenez-vous l'un des médicaments suivant pour éclaircir le sang ? : - Aspirine - Coumadin - Plavix		
Diabète	À votre connaissance, souffrez-vous de diabète ? Si oui, êtes-vous soumis à l'une des médications suivantes ? : - Médicament oral - Insuline		
Grossesse	Êtes-vous enceinte ou envisagez-vous de l'être ?		
Tuberculose	Avez-vous déjà souffert de tuberculose ?		
Maladie sanguine	Avez-vous une maladie du sang ? Si oui, êtes-vous porteur de l'une des maladies suivantes ? : - VIH - Hépatite		

Signature du patient : _____ Date : _____

Consentement pour l'infiltration

J'autorise Dre _____ à procéder à l'infiltration indiquée pour ma condition médicale.

Je reconnais que les renseignements, la nature et les effets nocifs possibles de cette procédure m'ont été expliqués, notamment en ce qui a trait aux éléments suivants :

- Infection
- Rupture ou atrophie tendineuse
- Atrophie cutanée
- Dépigmentation cutanée
- Arthrite microcristalline
- Réaction allergique
- Atteinte nerveuse
- Saignement utérin anormal de courte durée
- Débalancement lié au diabète
- Ecchymose (particulièrement lors de la prise d'anticoagulants)
- Augmentation temporaire de la douleur

Je reconnais que l'injection de corticostéroïde ou de viscosuppléant puisse ne pas apporter le soulagement espéré, et ce malgré la réalisation adéquate de la procédure. Les produits injectables sont tenus en clinique afin de faciliter l'administration au patient dans les meilleurs délais. Au même titre qu'un médicament ou produit vendu en pharmacie, ils ne sont pas remboursables, et ce même si l'injection n'obtient pas les bénéfices espérés.

Je suis satisfait(e) des explications qui m'ont été fournies, je les ai comprises et j'accepte en conséquence que le médecin procède à cette forme de traitement.

Nom du patient : _____

Signature du patient : _____ Date : _____