

### Questionnaire préinfiltration

		OUI	NON
<b>Perte de connaissance</b>	Avez-vous déjà perdu connaissance lors d'une infiltration ou une prise de sang ?		
<b>Allergie</b>	Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un des produits suivants ? : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésie locale</li> <li>- Diachylon</li> <li>- Cortisone</li> <li>- Iode</li> </ul>		
<b>Anticoagulant</b>	Prenez-vous l'un des médicaments suivant pour éclaircir le sang ? : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspirine</li> <li>- Coumadin</li> <li>- Plavix</li> </ul>		
<b>Diabète</b>	À votre connaissance, souffrez-vous de diabète ? Si oui, êtes-vous soumis à l'une des médications suivantes ? : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicament oral</li> <li>- Insuline</li> </ul>		
<b>Grossesse</b>	Êtes-vous enceinte ou envisagez-vous de l'être ?		
<b>Tuberculose</b>	Avez-vous déjà souffert de tuberculose ?		
<b>Maladie sanguine</b>	Avez-vous une maladie du sang ? Si oui, êtes-vous porteur de l'une des maladies suivantes ? : <ul style="list-style-type: none"> <li>- VIH</li> <li>- Hépatite</li> </ul>		

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 ou synovite transitoire
- Réaction allergique
- Atteinte nerveuse
- Saignement utérin anormal de courte durée
- Débalancement endocrinien, dont une augmentation transitoire de la glycémie chez les patients diabétiques
- 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 face à ce traitement et à ses alternatives, 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 : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_