

VOUS ÊTES CONVOQUÉ POUR UNE

# SCINTIGRAPHIE OSSEUSE EN MÉDECINE NUCLÉAIRE



## LA PRÉPARATION

Aucune préparation n'est nécessaire pour cet examen. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun. Vous pouvez prendre vos médicaments habituels.

## Y A-T-IL DES EFFETS SECONDAIRES ?

La radiation reçue pendant cet examen est comparable à la plupart des examens radiologiques. Le produit radioactif ne provoque ni allergie, ni effets secondaires. Ce n'est pas un examen douloureux.

Vous pourrez donc, suite à l'examen, reprendre une activité normale.

## CONTRE-INDICATIONS

La grossesse est une contre-indication à cet examen. Prévenez-nous si vous allaitez.

## LE BUT DE L'EXAMEN

C'est un examen qui permet d'étudier le métabolisme (fonctionnement) osseux et de rechercher des pathologies osseuses.

## COMMENT SE DÉROULE L'EXAMEN ?

Cet examen se déroule en deux parties.

La première consiste en l'injection d'un produit radioactif dans une veine du bras puis une série d'images sera réalisée durant 45 min.

Un délai d'attente de 4 heures est ensuite nécessaire pour que le produit se fixe dans l'os. Durant cette période, vous êtes libre de sortir du service. Il vous sera demandé de boire environ 1 litre d'eau tout en vidant souvent votre vessie afin d'optimiser la fixation du produit.

Après ce délai, la deuxième partie consiste en la réalisation d'images durant 45 à 60 minutes.

## LE RÉSULTAT

Le résultat, les images ainsi qu'un CD de l'examen, seront transmis au médecin demandeur.

### QUESTIONNAIRE À REMPLIR ET AMENER LE JOUR DE L'EXAMEN

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_ cm Poids: \_\_\_\_\_ kg

Date de votre prochain RDV chez votre médecin pour les résultats de l'examen: \_\_\_\_\_

#### Avez-vous déjà eu des examens en médecine nucléaire ou d'autres examens en radiologie en lien avec l'examen du jour (IRM, CT) ?

OUI  NON

Si oui, quel examen? \_\_\_\_\_

Quel établissement? \_\_\_\_\_

Si vous êtes en possession de ces examens (CD), apportez-les le jour de l'examen.

#### Avez-vous déjà subi une fracture ?

OUI  NON

Si oui, quelle localisation? \_\_\_\_\_

#### Avez-vous déjà subi une opération en lien avec l'examen du jour ?

OUI  NON

Si oui, quelle opération et quand? \_\_\_\_\_

#### Avez-vous subi une autre opération ces deux dernières années ?

OUI  NON

Si oui, quelle opération et quand? \_\_\_\_\_

#### Avez-vous des allergies ?

OUI  NON

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

#### Pour vous les femmes:

##### Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

OUI  NON

##### Êtes-vous en période d'allaitement ?

OUI  NON

Je déclare avoir pleinement compris les informations qui m'ont été données et j'estime avoir reçu des réponses suffisantes à toutes mes questions.

Signature du patient: \_\_\_\_\_