

## **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 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.

## **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 la Télé médecine. Pour cela le médecin spécialiste expert 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 la 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 :