

RDV d'infiltration



Documents à remettre au patient

Ordonnance réalisation examen ? OUI NON

Ordonnance produit ? OUI NON

Consentement éclairé remis OUI NON

Rhumatologue

Nom : Prénom :

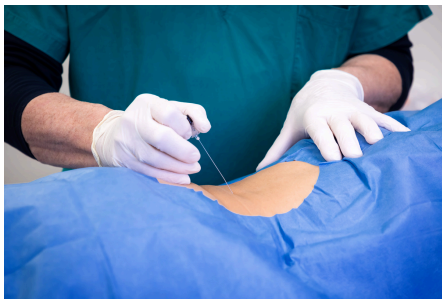
Patient

Nom : Prénom : Né(e) :

Tél. : Ville :

RACHIS OPERE OUI NON

Côté à infiltrer DROIT GAUCHE



NIVEAU de l'infiltration (à préciser) **CERVICALE**
 LOMBAIRE

ETAGE à infiltrer :

VOIES à privilégier

- ARTICULAIRE POSTÉRIEURE
- EPIDURALE
- INTERLAMAIRE
- INTERÉPINEUSE
- HIATUS
- FORAMINALE

Établissement souhaité : AUCUN en PARTICULIER, sinon préciser :

A renvoyer SVP à la coordinatrice par mail : contact@essrhumato13.mssante.fr

• **BILAN BIOLOGIQUE** (NFS, TP/TCA, CRP, fibrinogène) RECENT OUI NON

Si NON Ordonnance délivrée pour réaliser le bilan
 considéré comme pas nécessaire par le prescripteur

• **TRAITEMENT ANTICOAGULANT** ou **ANTIAGREGANT** en cours OUI NON

Si oui, lesquels (nom et dosage) :
Arrêt prévu selon recommandations OUI NON

• Patiente susceptible d'être enceinte OUI NON

• **ALLERGIE(S)** connue(s) OUI NON

Si oui lesquelles :

• **UN PROBLEME INFECTIEUX** récent ? OUI NON

(au niveau dents, gorge ou oreilles ; une infection urinaire, cutanée ou respiratoire)

Merci de vérifier en cas de **DIABETE** ou d'**HTA**, l'éligibilité du patient à une infiltration