

# TOMODENSITOMETRIE (TDM) COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Informations et anamnèse pour le patient en préparation de la consultation obligatoire avec le médecin

Clinique, cabinet [Klinik / Praxis]



Données du patient: [Patientendaten:]

französisch

- sans produit de contraste ohne Kontrastmittel  
 avec produit de contraste mit Kontrastmittel  par voie orale oral  
 intraveineux intravenös autre Sonstiges: \_\_\_\_\_

Fait le (date) (Datum): \_\_\_\_\_

Région du corps à examiner : zu untersuchende Körperregion: \_\_\_\_\_

## Madame, Monsieur,

pour un examen plus approfondi, une tomodensitométrie (dit également scanner) est prévue.

Avec les explications suivantes nous visons à vous donner (et à vos proches) des informations sur le déroulement de l'examen, les complications possibles et le comportement à adapter avant et après l'examen. Cette fiche vous servira de préparation à la consultation avec votre médecin. Votre médecin vous informera durant cette consultation sur la nécessité de l'intervention et, le cas échéant, sur les méthodes d'examen alternatives. Il vous instruira sur vos risques spécifiques liés à l'examen et les complications qui en résultent éventuellement. Lisez les informations suivantes et remplissez le questionnaire soigneusement. Cela va sans dire que vos données seront traitées de manière confidentielle.

Lors de la consultation, votre médecin répondra à toutes vos questions pour apaiser vos inquiétudes et vos craintes. Ensuite vous pourrez donner votre accord à l'intervention proposée ou la refuser. Après la consultation vous recevrez une copie de ce document rempli et signé.

## FONCTIONNEMENT DE LA TOMODENSITOMETRIE

### FUNKTIONSWEISE DER COMPUTERTOMOGRAPHIE

La tomodensitométrie est une technique moderne d'imagerie en coupe, obtenue par balayage des rayons X permettant la représentation du corps humain sous forme de coupes transversales. La tomographie (dite également scanographie) obtenue avec cette méthode permet de localiser et déterminer la taille d'une anomalie (p.ex. : un foyer d'infection, une tumeur, une fracture) ainsi que d'établir le lien exact avec d'autres organes et permet de prévoir un traitement adapté.

Lors de l'examen, un tube à rayons X tourne autour du patient allongé. Des détecteurs sont placés exactement en face des tubes à rayons X. Ils captent le signal, le soumettent à des transformations électroniques et le transmettent à un ordinateur pour obtenir la tomographie.

La tomodensitométrie est un examen non douloureux et ne dure en règle générale, selon la question posée, que quelques secondes ou minutes. Le calcul, la production, l'évaluation et l'appréciation de la scanographie demande 5 à 30 minutes supplémentaires.

## DEROULEMENT DE L'EXAMEN UNTERSUCHUNGSABLAUF

Pour l'examen vous serez allongé sur le lit d'examen du scanner (souvent sur le dos) qui se déplace doucement et automatiquement à travers l'anneau (dit gantry) du tomodensitomètre (voir l'image). L'anneau mesure 70 cm de diamètre et est donc relativement large. Si tout de même vous vous sentez à l'étroit, vous pouvez à tout moment communiquer avec le médecin ou ses assistants à l'aide d'un interphone.

Pendant l'examen, vous devrez suivre les consignes du personnel et rester allongé de préférence le plus immobile et détendu possi-

ble. Tout grand mouvement est à éviter. Souvent on vous demandera pendant l'examen de respirer profondément et de bloquer votre respiration (environ 5-20 secondes). Suivez les consignes aussi précisément que possible. Si vous souffrez d'angoisses dans des espaces étroits, p. ex. dans un ascenseur (claustrophobie), informez-en avant l'examen votre médecin, pour que l'on puisse vous soulager à l'aide d'un tranquilisant le cas échéant.

Certains examens demandent la prise d'un produit iodé de contraste, qui sera par exemple administré à l'aide d'une canule veineuse à demeure posée au bras ou au dos de la main. Eventuellement, l'injection du produit provoque une sensation de chaleur légère qui se diffuse dans votre corps et qui disparaîtra en quelques secondes.



## METHODES ALTERNATIVES ALTERNATIV-VERFAHREN

Des examens comme l'échographie, une simple radiographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie par émissions de positrons (TEP) ou la scintigraphie peuvent être des

Herausgeber: e.Bavarian Health GmbH

Nürnbergener Straße 71, 91052 Erlangen

PHONE. +49(0)9131-814 72-0, FAX. -99

MAIL. kontakt@bavarian-health.com

Mithrsg: DRG Deutsche Röntgengesellschaft e.V, Berlin

Wissenschaftlicher Fachberater: Prof. Dr. med. Michael Uder

Abbildung: Siemens healthcare

Juristische Beratung: Dr. jur. Bernd Joch

Fotokopieren und Nachdruck auch auszugsweise verboten

© 2014 by e.Bavarian Health GmbH Reddat.: 05/2014 V3 Release 13.6.2018

DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT  
Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V.

BAVARIANhealth  
innovative medical solutions

RAD-01/FR

méthodes alternatives. Votre médecin vous expliquera volontiers pourquoi il conseille dans votre cas une tomodensitométrie.

## REMARQUES CONCERNANT LA PRÉPARATION ET LE SUIVI HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Si possible, apportez tous vos documents radiologiques, tomodensitographies ainsi que tous les résultats d'autres examens.

Respectez précisément les consignes de votre médecin traitant concernant la prise de médicaments et le jeun. Les consignes à respecter peuvent varier selon la nature de l'examen.

### Préparation :

**Prise de médicaments :** Il est important que vous signaliez à votre médecin quels médicaments vous devez prendre (en particulier tout médicament anticoagulant tel que l'Aspirine® (ASS), Marcumar®, Héparine, Plavix®, Metformine® et autres biguanides chez les diabétiques, etc.) ou si vous en avez pris dans les 8 jours avant l'intervention. Cela concerne également tout médicament sans ordonnance ainsi que des médicaments à base de plantes. Votre médecin vous informera si vous devez interrompre la prise de médicaments et pour combien de temps.

Beaucoup d'examen ne demandent pas de préparation spécifique. Avant l'examen du système gastro-intestinal vous devez boire un produit de contraste. Lors de l'examen du rectum ou du gros intestin il est éventuellement nécessaire d'introduire de l'eau ou un produit de contraste dans l'intestin à l'aide d'un tube intestinal. Lors de l'examen de la vessie, le produit de contraste peut y être introduit à l'aide d'un cathéter.

Pour la plupart des examens vous n'êtes pas obligés d'être à jeun, l'examen du système gastro-intestinal demande une période de jeun de 2-4 heures avant l'examen. Généralement il est conseillé de manger léger avant l'examen. Pour un examen du ventre évitez de manger toutes sortes de légumes indigestes et flatulents (comme le chou ou les haricots).

Certaines pathologies préexistantes demandent un examen préalable pour obtenir des résultats en laboratoire, p. ex. de la fonction rénale ou thyroïdienne avant la tomodensitométrie avec prise de produit de contraste. Le cas échéant, votre médecin vous en informera à temps.

Le produit iodé de contraste peut être pris pendant l'allaitement. Une interruption de l'allaitement n'est pas nécessaire.

### Suivi :

Après un examen avec prise de produit de contraste il est conseillé de boire beaucoup dans les heures qui suivent l'examen pour accélérer l'élimination du produit de contraste.

Si vous avez reçu des sédatifs lors d'un **traitement ambulatoire** vous devez être récupéré par une personne adulte. Veillez également à avoir une personne présente à la maison pendant la période recommandée par votre médecin. Votre réactivité étant limitée après la prise d'analgésiques ou de sédatifs il vous est interdit de participer à la circulation routière (même en tant que piéton) ou d'exercer des activités dangereuses pendant les **24 heures suivantes l'intervention**. Pendant cette période vous devriez également renoncer à la consommation d'alcool ou à la prise de décisions importantes personnelles ou économiques.

Contactez immédiatement votre médecin ou prenez rendez-vous avec une clinique en cas d'éruption de la peau, troubles respiratoires, un rythme cardiaque rapide ou sueurs froides après la prise du produit de contraste. Vous devez être traité immédiatement. Ces troubles peuvent apparaître encore des jours après l'examen.

## POSSIBLES RISQUES, COMPLICATIONS ET EFFETS SECONDAIRES RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Il est connu que **chaque intervention médicale présente certains risques**. La tomodensitométrie est un examen de routine à faible risque. L'exposition aux rayons X lors de la TDM est très faible grâce aux appareils modernes, mais plus importante que lors d'un examen radiographique classique. C'est pourquoi l'examen TDM se fait uniquement si l'exposition aux rayons X est justifiée par le bénéfice de cet examen. Il est important que vous informiez votre médecin d'éventuels expositions aux rayons X précédentes pour minimiser l'exposition totale sur une période déterminée. Votre médecin vous indiquera les risques spécifiques vous concernant lors de la consultation. Vous pouvez aussi choisir de renoncer à ces informations détaillées. Dans ce cas ignorez ce passage sur les risques et confirmez votre choix à la fin du formulaire.

**L'exposition aux rayons X** est minimisée au minimum possible pour que des radiolésions soient peu probables même après des examens répétés. Éventuellement, en particulier chez les enfants et adolescents, l'examen augmente le risque d'un cancer (p.ex. leucémie) de façon minimale. En cas de grossesse, l'examen peut nuire à l'enfant à naître.

Des **réactions allergiques** (intolérances) par exemple au produit de contraste, au sédatif, ou à d'autres médicaments sont rares. Elles peuvent conduire à des éruptions, démangeaisons, enflures ou également des nausées ou toux. Dans la plupart des cas elles disparaissent sans nécessiter de traitement. Des réactions plus graves comme des troubles respiratoires, des crampes, des troubles cardiaques ou un choc circulatoire **mortel** sont rares. Malgré des soins intensifs une irrigation sanguine insuffisante peut endommager temporairement ou durablement des organes et causer par exemple une lésion cérébrale, une paralysie ou une défaillance rénale. Le produit de contraste pris par voie orale peut entraîner des diarrhées. Il est conseillé de boire abondamment.

### Les risques spécifiques liés à la prise d'un produit de contraste par la voie orale

Chez des patients souffrant d'une maladie des reins, le produit de contraste peut **affecter le fonctionnement rénal**. Ceci peut être traité en buvant abondamment de l'eau et à l'aide de médicaments. Dans le cas d'une maladie préexistante grave des reins, la prise du produit de contraste peut entraîner une **défaillance rénale** qui peut avoir pour conséquence la nécessité de dialyse sur le long terme.

Chez les **diabétiques**, qui prennent des biguanides comme la Metformine, la prise du produit de contraste peut causer des **graves troubles métaboliques** (acidité excessive de l'organisme (acidose)). Dans le cas d'une maladie thyroïdienne, le produit iodé de contraste peut entraîner une **hyperthyroïdie**. Ceci s'exprime par un rythme cardiaque rapide, des sensations de chaleur, agitation et diarrhée.

### Les risques spécifiques liés à l'injection d'un produit de contraste

**Des hématomes** à l'endroit de la ponction ou autour de celle-ci peuvent apparaître parfois. Ceci peut causer des enflures douloureuses. Elles disparaissent souvent sans traitement après quelques jours ou semaines.

L'injection du produit de contraste peut provoquer **l'éclatement de la veine**, ce qui peut causer un **hématome** nécessitant un traitement médical. Si le produit de contraste s'introduit dans le tissu environnant la veine, cela peut provoquer une **infection** qui doit être traitée au froid pendant plusieurs jours.

Des **contaminations** au niveau du site de l'injection avec abcès, des nécroses ou des phlébites sont rares. Elles s'expriment par

des enflures, des rougeurs, des douleurs, surchauffe de la peau et de la fièvre. Dans la majorité des cas une infection peut être traitée facilement avec des antibiotiques. Dans des cas extrêmes des agents pathogènes peuvent pénétrer dans le circuit sanguin et causer une septicémie dangereuse ou une endocardite.

Après l'injection du produit de contraste, **la veine peut s'infecter et des phlébites, des problèmes circulatoires** ou des caillots de sang (thrombus) peuvent en résulter. Des caillots de sang peuvent également être entraînés dans les vaisseaux sanguins d'autres organes et les bloquer (**embolie**). Malgré un traitement, cela peut laisser de graves séquelles (p.ex. : embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral avec paralysies restantes, défaillance rénale).

## Questions importantes pour les interventions ambulatoires

Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Qui viendra vous prendre en charge dès que vous sortez de clinique / du cabinet ? Wer wird Sie abholen, sobald Sie aus Klinik/Praxis entlassen werden?

Name und Lebensalter des Abholers

Où peut-on vous joindre durant les 24 heures qui suivent l'intervention ? Wo sind Sie in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Rue, numéro [Straße, Hausnummer]

Code postal, lieu [PLZ, Ort]

Numéro de téléphone [Telefonnummer]

Nom et âge de la personne de surveillance

**Des lésions de la peau, de tissus mous ou de nerfs** causées par exemple par des injections, des hématomes, d'un abcès ou du produit de contraste passé à côté de la veine lors de l'injection sont rares. Des troubles sensitifs, des insensibilités, paralysies ou douleurs peuvent en être les conséquences. La plupart du temps ces troubles et douleurs ne sont que temporaires. Rarement ces troubles persistent malgré un traitement ou laissent des cicatrices sur la peau.

[Name und Lebensalter der Aufsichtsperson]

Quel est votre médecin traitant / votre médecin de famille / le médecin qui vous suit ? Wer ist Ihr überweisender Arzt / Hausarzt / weiter betreuender Arzt?

Nom [Name]

Rue, numéro [Straße, Hausnummer]

Code postal, lieu [PLZ, Ort]

Numéro de téléphone [Telefonnummer]

## Questions concernant votre anamnèse

Avant l'entretien d'information préopératoire, veuillez répondre scrupuleusement aux questions suivantes. Ces informations permettront au médecin de mieux évaluer le risque lié à l'intervention dans votre cas particulier, de vous informer des complications éventuelles et des mesures à prendre pour prévenir, dans la mesure du possible, les complications et effets secondaires. **oui=ja non=nein**

Sexe :  m /  f, âge : \_\_\_\_\_ ans, poids : \_\_\_\_\_ kg, taille : \_\_\_\_\_ cm  
Geschlecht: m / w, Alter: Jahre, Gewicht: kg, Größe: cm

**Avez-vous déjà subi une tomographie par ordinateur, par exemple lors d'un séjour précédent à l'hôpital ?**

oui  non

Haben Sie schon einmal eine Computertomographie, z. B. bei einem früheren Krankenhausaufenthalt, erhalten?

Quelle(s) zone(s) de votre corps a/ont été examinée(s) ?

**Si vous disposez d'un carnet radiologique, n'oubliez pas de nous l'apporter !**

Welche Region(en) Ihres Körpers wurden hierbei untersucht? **Sollte ein Röntgenpass vorliegen, bitte mitbringen!**

**Souffrez-vous de claustrophobie ?**

oui  non

Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)?

**Vous a-t-on déjà reçu un produit de contraste ?**

oui  non

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?

**Y a-t-il eu des complications ?**

oui  non

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

**Prenez-vous des médicaments contre le diabète ?**

oui  non

Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein?

seringue d'insuline,  comprimés de metformine (p. ex. Glucophage®, Metformin®, Janumet®)

Autres : \_\_\_\_\_

Spritzen (Insulin),  metforminhaltige Tabletten (z.B. Glucophage®, Metformin®, Janumet®), Sonstiges:

**Prenez-vous régulièrement des anticoagulants ou en avez-vous pris ou injectés ces derniers temps (jusqu'il y a 8 jours) ?**

oui  non

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?

Si oui, lesquelles : Wenn ja, welche:

**Prenez-vous d'autres médicaments ?**

oui  non

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

Si oui, veuillez les citer : Wenn ja, bitte auflisten:

(Citez également les médicaments en vente libre, naturothérapeutiques ou à base de plantes, vitamines et autres). (Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Avez-vous des métal implants (p. ex. hanche artificielle) ?**

oui  non

Haben Sie ein Metallimplantat (z. B. künstliche Hüfte)?

Si oui, où : \_\_\_\_\_

Wenn ja, wo?

**Etes-vous enceinte ?**

incertaine nicht sicher  oui  non

Besteht eine erschaft?

**Avez-vous été atteint des maladies suivantes ou de signes de ces maladies :** Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

**Troubles sanguins / troubles de la coagulation sanguine ?**

oui  non

tendance à l'hémorragie (p. ex. saignements de nez fréquents, hémorragie secondaire après une opération, à la suite de blessures bénignes ou la visite chez le dentiste),  tendance à avoir des hématomes (bleus fréquents même sans raison apparente).

**Bluterkrankung/Bluterinnungsstörung?**  Erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass).

Avez-vous des parents consanguins atteints de troubles sanguins / de la coagulation sanguine ?  oui  non

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Bluterinnungsstörungen?

**Allergie / hypersensibilité ?**  oui  non

Médicaments,  Produits alimentaires,  Produits de contraste,  Iode,  Pansements,  Latex (p. ex. gants en caoutchouc, ballon),  Pollen (herbes, arbres),  Stupéfiants,  Métaux (p. ex. démangeaisons au niveau de montures de lunettes en métal, en portant des bijoux fantaisie ou au niveau de rivets de pantalons) ?

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  Jod,  Pflaster,  Latex (z. B. Gummihandschuhe, Luftballon),  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Autres : Sonstiges:

**Troubles cardiaques / circulatoires / vasculaires ?**  oui  non

infarctus,  angine de poitrine (douleurs de poitrine, constriction thoracique),  défaut cardiaque,  troubles du rythme cardiaque,  myocardite,  endocardite,  troubles valvulaires,  opération cardiaque avec implantation éventuelle d'une valve artificielle, d'un stimulateur cardiaque, d'un défibrillateur,  hypertension,  apoplexie,  varices,  phlébite,  anévrisme cérébral.

**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskulenzündung,  Herzinnenhautentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  Schlaganfall,  Krampfader,  Venenentzündung,  Gefäßbaussackung im Gehirn.

Autres : Sonstiges:

**Maladie des voies aériennes / poumons ?**  oui  non

asthme,  bronchite chronique,  pneumonie,  emphysème.

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungenentzündung,  Lungenemphysem.

Autres : Sonstiges:

**Souffrez-vous d'une maladie tumorale (cancer) ?**  oui  non

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)?

Si oui, laquelle :

Wenn ja, welche?

**Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement par chimiothérapie ?**  oui  non

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie?

**Troubles du métabolisme ?**  oui  non

diabète,  goutte.

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht.

Autres : Sonstiges:

**Troubles thyroïdiens ?**  oui  non

hyperthyroïdie,  ganglions,  goitre,  inflammation,  opération de la thyroïde,  cancer de la thyroïde.

**Schilddrüsenerkrankungen?**  Überfunktion,  Knoten,  Kropf,  Entzündung,  Schilddrüsenoperation,  Schilddrüsenkrebs.

Autres : Sonstiges:

**Maladies rénales ?**  oui  non

troubles du fonctionnement rénal (insuffisance rénale),  inflammation rénale,  opération des reins,  calcul rénal ou de l'uretère,  sang dans l'urine,  plasmocytome.

**Nierenerkrankungen?**  Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),  Nierenentzündung,  Nieren-OP,  Nieren- oder Harnleitersteine,  Blut im Urin,  Plasmozytom.

Autres : Sonstiges:

**Maladie du foie ?**  oui  non

inflammation du foie.

**Lebererkrankungen?**  Leberentzündung.

Autres : Sonstiges:

**Troubles gastro-intestinaux ?**  oui  non

maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn, colite ulcéreuse),  ulcère,  ulcère duodénal,  sang dans les selles.

**Magen-Darm-Erkrankungen?**  chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)  Geschwür,  Zwölffingerdarmgeschwür,  Blut im Stuhl.

Autres : Sonstiges:

**Maladies infectieuses ?**  oui  non

hépatite,  tuberculose,  VIH

**Infektionskrankheiten?**  Hepatitis,  Tuberculose,  HIV.

Autres : Sonstiges:

**Maladies aiguës ou chroniques non indiquées ?**  oui  non

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?

Description succincte :

Bitte kurz beschreiben:

## Documentation médicale de la consultation

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

à remplir par le médecin Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, spezielle Nebenwirkungen der verabreichten Kontrastmittel, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn die Untersuchung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**J'ai conseillé : Vorgeschlagen habe ich :**

L'examen de : Die Untersuchung von:

- sans produit de contraste ohne Kontrastmittel,  
 avec produit de contraste mit Kontrastmittel,  par voie orale oral,  
 intraveineux intravenös. Autre Sonstiges: \_\_\_\_\_

Valeur actuelle de la créatinine : actueler Kreatinin-Wert: \_\_\_\_\_

Valeur actuelle GFR/eGFR : actueler GFR/eGFR: \_\_\_\_\_

Valeurs actuelles de aktuelle Werte TSH: \_\_\_\_\_ fT3: \_\_\_\_\_ fT4: \_\_\_\_\_

### Instructions du médecin concernant l'impératif d'être à jeun :

Anweisung zum Nüchternheitsgebot:

- pas de consommation de nourriture à partir de \_\_\_\_\_ heures la veille de l'examen.  
keine Nahrung ab \_\_\_ Uhr am Vortag der Untersuchung
- pas de consommation de nourriture à partir de \_\_\_\_\_ heures le jour de l'examen.  
keine Nahrung ab \_\_\_ Uhr am Tag der Untersuchung

### Capacité du patient à exprimer un consentement de manière autonome :

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Le patient est capable de prendre de manière autonome une décision concernant la tomodensitométrie conseillée et d'y exprimer son consentement. Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene CT-Untersuchung zu treffen und seine/ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.
- Le patient est représenté par un tuteur, l'enfant est représenté par ses parents/ un parent ou un tuteur légal. Ceux-ci sont capables de prendre une décision dans l'intérêt du patient/de l'enfant. Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Lieu, date, horaire [Ort, Datum, Uhrzeit]

Signature du médecin [Unterschrift der Ärztin / des Arztes]

## Refus par le patient

Ablehnung des/der Patienten/in

Le docteur \_\_\_\_\_ m'a expliqué en détail la tomodensitométrie prévue ainsi que les conséquences négatives de mon refus. J'ai compris l'explication à ce sujet et j'ai eu l'occasion de discuter les informations reçues avec le médecin. Je refuse la tomodensitométrie proposée. Frau/Herr Dr. \_\_\_\_ hat mich umfassend über die vorgeschlagene CT-Untersuchung und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnte meine Erkenntnisse über die mir erteilten Informationen mit dem Arzt diskutieren. Hiermit lehne ich die vorgeschlagene CT-Untersuchung ab.

Lieu, date, horaire (Ort, Datum, Uhrzeit)

Signature du patient / parents / tuteur / év. témoin  
 [Unterschrift Patientin / Patient / Eltern\* / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen]

### Déclaration et consentement du patient Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in

Veillez cocher les cases appropriées et signer ensuite la déclaration : Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Je confirme avoir compris l'ensemble des informations au patient.** J'ai lu entièrement ce document (5 pages). Lors de la consultation avec le docteur \_\_\_\_\_, j'ai été informé en détail du déroulement de la tomodensitométrie prévue, des risques, complications et effets secondaires liés à mon cas ainsi que des avantages et des inconvénients des méthodes alternatives. **Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (5 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten CT-Untersuchung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Je renonce délibérément aux informations détaillées.** Je confirme tout de même avoir été informé par le médecin traitant de la nécessité de l'examen, de sa nature et de son ampleur, du fait que toute intervention médicale présente des risques. **Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit der CT-Untersuchung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass alle medizinischen Eingriffe Risiken bergen, informiert wurde.

**Je confirme ne plus avoir de question et ne plus nécessiter de temps de réflexion. Je consens à la tomodensitométrie proposée.** J'ai répondu à l'ensemble des questions sur mon passé médical de mon mieux. **Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen CT-Untersuchung zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

J'assure être en mesure de suivre les indications du médecin. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

J'accepte que les résultats de mon examen rendus anonymes soient utilisés à des fins d'évaluation scientifique. Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Untersuchungsergebnisse zur wissenschaftlichen Verwertung verwendet werden.

- J'accepte que ma copie de ce document soit envoyée à l'adresse e-mail suivante : Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

Adresse e-mail [E-Mail-Adresse]

Lieu, date, horaire [Ort, Datum, Uhrzeit]

Signature du patient / tuteur [Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / Vormund]

copie / Kopie:

- J'ai reçu une copie / erhalten  
 Je renonce à une copie / verzichtet

Signature copie reçu/renoncé/Unterschrift Kopieerhalt/-verzicht

\*Avec la signature d'un seul parent, ce dernier atteste avec sa signature que lui seul détient l'autorité parentale et la garde de l'enfant ou qu'il agit avec le consentement de l'autre parent absent.

