

Votre médecin vous a prescrit une

SCINTIGRAPHIE DIGESTIVE à L'ALBUMINE MARQUEE (VASCULOCIS®)

Le but de l'examen est de rechercher une perte excessive de protéines plasmatiques dans la lumière du tube digestif.

❖ **Que devez-vous faire ?**

. Avant l'examen signaler au secrétariat :

- **Si vous êtes enceinte** ou susceptible de l'être,
- **Si vous allaitez** pour adapter la conduite à tenir.

. Le jour de l'examen :

- **Etre à jeun depuis 4 à 6h,**
- Prendre vos traitements habituels,
- Ne pas porter de bijoux ni d'objets métalliques.

. Après l'examen :

Bien s'hydrater toute la journée pour éliminer le produit injecté plus rapidement (sauf indication de restriction hydrique).

❖ **Combien de temps dure l'examen ?**

L'examen se déroule sur 2 jours consécutifs.

- **1 journée** le 1^{er} jour
- **1h** le lendemain matin.

❖ **Quels sont les risques de cet examen ?**

Il n'existe aucune contre-indication à l'administration de ces produits.

Le produit injecté est fabriqué à partir d'albumine humaine, il est donc contrôlé en laboratoire.

Le médecin du service recueille votre accord avant l'injection.

❖ **Comment se déroule l'examen ?**

Vous serez accueilli(e) par un manipulateur d'électroradiologie qui vous posera une voie veineuse et vous administrera un médicament radiopharmaceutique.

Le 1^{er} jour, enregistrement de plusieurs acquisitions d'images (30min, 1h, 2h, 4h, 6h après l'injection).

Le 2^{ème} jour (horaire déterminé par le manipulateur d'électroradiologie), une nouvelle acquisition d'images sera enregistrée.

Le médecin nucléaire vous informera oralement des résultats (sauf si vous ne le souhaitez pas).

Le compte rendu sera consultable sur le site

<https://imagerie.chu-montpellier.fr/patient>

(connexion grâce à votre numéro IPP et date de naissance) dans les 48h suivant l'examen.

❖ **Quels papiers devez-vous apporter dans le service ?**

- Carte vitale ou papiers de prise en charge et carte de mutuelle,
- Papiers d'identité,
- Résultats d'examens antérieurs hors CHU Montpellier.

❖ **Comment se rendre dans le service ?**

Le service de médecine nucléaire se situe au rez-de-chaussée de l'hôpital Lapeyronie. Arrêt de Tram Lapeyronie (Ligne 1).

Pour plus de renseignements :

📍 Hôpital Lapeyronie,
Service de médecine nucléaire,
371 av. du Doyen Gaston Giraud,
34295 Montpellier, Cedex 5.

✉ medecinenucleairelap@chu-montpellier.fr

🌐 <http://scinti.edu.umontpellier.fr/>
onglet : Service médecine nucléaire

☎ 04 67 33 84 64 📠 04 67 33 84 65

Consentement libre et éclairé

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que vous êtes amené à passer. Nous espérons y avoir répondu.

Cependant, si vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire concernant votre examen avant votre rendez-vous dans le département de médecine nucléaire.

Cela vous permettra de donner votre accord (ci-dessous) en toute connaissance de cause.

- Je soussigné(e), Madame, Monsieur (rayer la mention inutile)

NOM, Prénom

Né(e) le

Agissant en qualité de patient (personne majeure capable)

- ***Ou, dans le cas où le consentement n'est pas formulé par le patient lui-même :***

NOM, Prénom

Demeurant

Agissant en qualité de :

- Personne titulaire de l'autorité parentale :) pour le patient
- Personne de confiance désignée par le patient :) NOM, Prénom
- Tuteur d'une personne protégée :)

- Atteste avoir été informé(e) du déroulement de l'examen par un document spécifique d'informations qui m'a été transmis.
- Donne mon accord éclairé pour que cet examen soit réalisé selon les modalités envisagées.
- De façon optionnelle, et sans que cela ait la moindre incidence sur votre prise en charge individuelle, nous vous proposons de nous préciser si vous acceptez ou pas que les données d'imagerie et les informations cliniques recueillies lors de votre passage dans le département de Médecine Nucléaire du CHU de Montpellier puissent être exploitées ultérieurement et rétrospectivement, de manière strictement anonyme, à des fins d'enseignement ou de recherche biomédicale, dans le plus strict respect du secret médical :

J'accepte l'utilisation de mes données d'imagerie et informations clinique dans ce cadre

Je n'accepte pas l'utilisation de mes données d'imagerie et informations clinique dans ce

cadre

Fait à Montpellier, le

Signature :