

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DU PARC

33 rue des Bûchers, 31400 TOULOUSE

Tel : 05 61 36 66 05

DEMANDE D'UN EXAMEN SCANNER POUR UN MINEUR

Madame, Monsieur,

Un médecin a proposé un SCANNER pour une personne mineure. Cet examen sera pratiqué avec le consentement des parents ou du responsable légal. Vous avez, en effet, la liberté de l'accepter ou de le refuser.

Le médecin radiologue est qualifié pour juger de l'utilité de cet examen pour répondre au problème diagnostique que se pose le médecin prescripteur. Toutefois, il se peut que cet examen ne donne pas toutes les réponses.

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Le principe du scanner est de réaliser, grâce à des rayons X, des images en coupe des organes, puis d'étudier leur forme, leur taille et leur densité pour repérer les anomalies et permettre, le cas échéant, leur traitement.

En matière d'exposition, aucun risque n'a pu être démontré chez les patients compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée.

La salle d'examen contient du matériel de prise en charge médicale adapté aux normes en vigueur.

Pour faire l'examen dans les meilleures conditions de sécurité, un matériel adapté à l'âge du patient mineur (bandes, cales de mousse, sacs de sable) sera éventuellement utilisé pour éviter au maximum qu'il ne bouge ou qu'il ne tombe.

Cet examen peut nécessiter pour sa réalisation l'injection d'un produit de contraste à base d'iode, opaque aux rayons X. L'injection est un acte très courant, habituellement très bien toléré. Cependant, comme les autres médicaments, des réactions peuvent survenir (hématome sans gravité, sensation de chaleur, goût bizarre dans la bouche, réaction d'intolérance généralement transitoire et sans gravité).

Si le patient mineur est sujet à des **réactions allergiques**, vous devez en prévenir le médecin qui réalise l'examen. S'il a déjà eu une réaction allergique lors de l'injection de produit pour un examen d'imagerie médicale, des précautions particulières seront prises.

CONSIGNES :

Apporter le jour de l'examen :

- La demande d'examen, la carte vitale, la mutuelle et l'attestation de droit de la sécurité sociale,
- Le produit de contraste si demandé et les anciens examens qui n'ont pas été faits chez nous.

Pensez à lui faire retirer les bijoux, montre, etc.

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que le patient mineur est amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.

Conditions d'utilisation de vos données personnelles

Les données personnelles communiquées sont nécessaires aux fins d'employer des techniques d'imagerie adaptées à l'état de santé du patient mineur. Elles sont destinées au CIM du Parc. En remplissant ce document, vous acceptez que le CIM du Parc mémorise et utilise les données personnelles collectées dans ce formulaire dans le but d'améliorer vos échanges et interactions avec leurs services et de vous assurer une prestation sécurisée. Afin de protéger la confidentialité des données personnelles de l'enfant mineur, le CIM du Parc s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager les renseignements vous concernant avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données (n°2016/679), en dehors des nécessités liées à son parcours médical. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation, d'opposition, de retrait de votre consentement, à tout moment et du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, ainsi que d'organiser le sort de ces données post-mortem. Vous pouvez exercer ces droits par courrier adressé à CIM du Parc - à l'attention du DPO- 33 Rue des Bûchers 31400 Toulouse ou par courrier électronique à docteurcadel@gmail.com. Un justificatif d'identité pourra alors vous être demandé. Nous conservons les données du patient mineur pendant la période de prise en charge de son dossier médical puis pendant la durée de prescription légale aux fins probatoires et de gestion des dossiers.

En soumettant ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de mon suivi médical pour les finalités décrites ci-dessus.

OUI ☐

NON ☐

CONSENTEMENT ECLAIRE SUITE AUX INFORMATIONS DONNEES PAR LE MEDECIN REALISANT L'EXAMEN.

(Loi n°2002-303 du 4 mars 2002)

Nom et prénom du patient mineur Né le :

Nom et prénom du représentant légal : Lien :

Donne son accord pour que l'examen soit réalisé.

Date :

Signature :