



موعد المسح الضوئي المحدد لك هو

نرجو جلب البطاقة الشخصية (رقم الضمان الاجتماعي الفرنسي) , هذه الوثيقة , آخر صور أشعتك السينية و مادة الحقن (اللازمة للمسح الضوئي) إذا كان قد تم وصف إجداها لك.

معلومات عن المسح الضوئي

ما هو الماسح الضوئي؟

هو تقنية (راديولوجية) تسمح بعمل صور مقطعية للجسد البشري . تكون الصور على دقة عالية : يستطيع الماسح الضوئي إظهار تفاصيل الميليمتر الواحد. يستخدم الماسح الضوئي الأشعة السينية.

حول الكشف

ستكون مستلق. غالبا على ظهرك. سيتحرك السرير خلال حلقة إسطوانية ضخمة. سيتم تركك في حجرة الكشف وحدك , سيكون الفني و الاختصاصي خلف نافذة زجاجية. طيلة الكشف , سيتمكنان من رؤيتك و سيمعانك و يخاطبانك من خلال مايكروفون.

تعاونك ضروري . يجب أن تقف بلا حراك و سيتم إخبارك متى تكف عن التنفس. إحيانا يكون من الضروري خلال الفحص أن يتم إعطائك حقنة من منتج طبي ما. و في هذه الحالة , سيتم تثبيت إبرة صغيرة في الوريد الذي في طية كوعك و ذلك قبل أن تستلق. هذا المنتج يتكون أساسا من اليود. هذه الحقنة غير مؤلمة. أحيانا ستشعر بنوع من السخونة أو بطعم غريب في فمك. يستمر الكشف لمدة تتراوح ما بين خمسة و خمسة عشر دقيقة.

ماذا يتوجب عليك فعله بعد الكشف؟

لا توجد احتياطات محددة. يمكنك الأكل بطريقة عادية.

ما هي المضاعفات التي يمكن حدوثها؟

أي تدخلات خارجية على الجسم الجاري فحصة , حتى من جانب الفريق الطبي الملتزم بأعلى تدابير الوقاية فيه مجازفة بحدوث مضاعفات. ليس مصدر هذا التهديد هو الماسح الضوئي و إنما من احتمال الحقن باليود :

- يمكن للحقنة إحداث كدمة سيئة ليس فيها خطر. ستزول خلال بضعة أيام.
- خلال الحقن , يمكن حدوث تسرب تحت الجلد للمنتج الطبي . هذه مضاعفة نادرة الحدوث و يمكن علاجها موضعيا.
- ردات الفعل الناجمة عن عدم القدرة على احتمال اليود أو الحساسية الناجمة ممكنة الحدوث. لكنها في العموم انتقالية و بلا خطر جدي.

الاختبار المطلوب اتمامه

شكرا لك على إجابتك هذه الأسئلة:

- 1- هل قمت مؤخرا بفحص الجهاز الهضمي بواسطة منتج مغاير؟
لا نعم
- 2- هل تعاني من حساسية ما؟
- تجاه بعض العقاقير .
لا نعم
- هل تعاني من الربو؟
لا نعم
هل بدت عليك أعراض حساسية
خلال الكشف الماضي؟
لا نعم
- 3- هل أنت مصاب بداء السكر؟
لا نعم
إذا كانت الإجابة بنعم,
هل تتلقى دواء الـ"ميتوفورمين"؟
لا نعم
- 4- هل أنت حبلئ أو من المحتمل أن تكوني كذلك؟
لا نعم
هل تُرضعين؟
لا نعم
- 5- هل تعاني من فشل الكلى؟
لا نعم
- 6- هل توافق على تلقي حقنة من مادة ظليلة إذا لزم الأمر؟
لا نعم

| |
|---|
| السيدة , الأنسة, السيد |
| _____ |
| قد قمت شخصيا بملء هذا الملف في يوم تاريخه |
| _____ |
| و وافقت على اتمام الفحوصات |
| التوقيع: |