

**VOUS ALLEZ AVOIR UNE INFILTRATION FORAMINALE LOMBAIRE DE CORTICOÏDE GUIDÉE SOUS SCANNER**

Pour diminuer la douleur du dos ou de la jambe par l'injection d'un corticoïde directement au contact de la racine nerveuse.

**QUEL EST LE MÉDICAMENT UTILISÉ ?**

L'anti-inflammatoire utilisé est un corticoïde : le cortivazol (**Alfim\***).

**COMMENT EST ADMINISTRÉ LE PRODUIT ?**

Après avoir repéré la cause et le niveau de la douleur au niveau du dos, une aiguille fine sera mise en place au niveau de la racine nerveuse comprimée responsable de votre douleur. Le trajet de l'aiguille est repéré et suivi sous contrôle de l'imagerie. Il sera alors injecté le corticoïde.

Il est préférable de modérer vos activités pendant les 24 à 48 heures qui suivent l'infiltration, ce qui améliore l'efficacité du traitement.

**QUELS SONT LES ÉVENTUELS RISQUES QUE VOUS POUVEZ RENCONTRER ?**

Les injections de corticoïdes sont pratiquées de façon courante et les risques sont ceux d'une piqûre:infection locale, hématome. Il a également été rapporté quelques rares cas de complications neurologiques graves vraisemblablement par injection de corticoïdes directement dans un vaisseau. Ces complications sont survenues surtout chez des patients qui avaient déjà été opérés du dos, et après injection d'un corticoïde différent de celui qui vous sera injecté.

Il existe un risque d'allergie au produit de contraste iodé (injecté avec le corticoïde, il permet de visualiser sa diffusion et en particulier l'absence de passage du produit dans un vaisseau). Veuillez le signaler à votre médecin si cette allergie est connue.

Il est préférable de modérer vos activités pendant les 24 à 48 heures qui suivent l'infiltration, ce qui améliore l'efficacité du traitement.

Des injections locales répétées de corticoïdes peuvent décompenser un diabète mal équilibré.

L'injection de corticoïdes par voie locale est très bien tolérée et n'entraîne habituellement aucune réaction.

Après avoir lu ce formulaire d'information, vous pourrez encore poser toutes les questions que vous souhaitez à l'équipe médicale dans le service.

**Professeur xxxxxxxxxxxxxx      Responsable du secteur d'Imagerie ostéo-articulaire**  
**Service d'Imagerie Médicale**  
**Hôpital xxxxxxxxxxxxxxxxxxx**  
**Tél : xxxxxxxxxxxxxxxxxxx Scanner (radiologue de garde xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)**

**CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

**Je soussigné (e)**  
**Nom et Prénom :.....**

**accepte la réalisation de cet examen**

**J'ai lu ce jour la notice d'information, et j'ai bien pris connaissance des bénéfices attendus, et des risques du geste ainsi que des conditions de sa réalisation.**

**Fait à ....., le.....**

**Signature du patient**