

Information aux patients/Questionnaire

Remarques importantes concernant Dormicum (midazolam)



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Chère patiente, cher patient,

Dormicum (midazolam) est un médicament anxiolytique, relaxant et somnifère dont l'effet diminue très rapidement. Il n'a pas d'effet antalgique. La demi-vie du médicament dans le corps est d'environ 30 minutes. Une éventuelle amnésie (trou de mémoire) de courte durée peut survenir lors de la prise de Dormicum.

Dans des cas très rares, Dormicum (midazolam) peut entraîner des troubles respiratoires et une chute de la tension artérielle. Par conséquent, vous serez surveillé(e) durant toute la durée de l'examen. En cas d'effet secondaire inattendu, l'administration d'un antidote peut arrêter immédiatement l'effet de Dormicum (midazolam).

Nous sommes tenus de vous informer qu'après l'administration de Dormicum (midazolam), votre degré de vigilance, votre capacité de concentration et de conduite d'un véhicule sont réduits.

C'est pourquoi vous ne devez pas participer activement à la circulation routière, conduire un véhicule, signer des documents importants ou utiliser des machines pendant 12 heures après l'examen. Ceci s'applique à toutes les formes galéniques de Dormicum (midazolam).

Nous vous recommandons de vous faire accompagner pour effectuer le trajet de retour chez vous.

Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	
Poids:	
	kg

Prière de répondre aux questions suivantes

	Oui	Non
Souffrez-vous du syndrome d'apnée du sommeil (problèmes respiratoires durant le sommeil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes respiratoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà pris un calmant aujourd'hui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui: quel médicament?		

Dormicum i.v.*:		mg	Dormicum Nasenspray*:		Hübe/Seite
Datum*:			Uhrzeit*:		

*rubrique remplie par le personnel médical

Si vous avez encore des questions, demandez à ce que le médecin chargé de l'examen y réponde. Les médecins se tiennent volontiers à votre disposition!

Je confirme que j'ai été informé(e) de l'effet et des risques liés à Dormicum (midazolam) et que je vais me comporter en conséquence.

Date:		Signature patient/patiente:		Médecin:	
-------	--	-----------------------------	--	----------	--

