



SC Oculistica

Direttore. Dr.ssa Daniela Dolcino

Telefono: 0131.206272

mail: ddolcino@ospedale.al.it

INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA FLUORANGIOGRAFIA ED ALL'ANGIOGRAFIA AL VERDE INDOCIANINA

FOGLIO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE

L'angiografia retinica serve a studiare le malattie della retina; localizzare la sede ed il tipo di lesione; stabilire la gravità e il decorso della malattia e indicare un eventuale trattamento laser.

Come si svolge l'esame:

L'esame viene condotto introducendo nel sistema circolatorio (per via endovenosa) un colorante organico (fluoresceina/verde di indocianina). Vengono fatte delle fotografie del passaggio di questo colorante nel sistema vascolare della retina/coroide che viene così visualizzato.

Come prenotarsi:

- L'esame si prenota al CUP (Centro Unico di Prenotazione) 800017747
- E' necessaria la richiesta (prescrizione) del medico
- Prima dell'esame bisogna pagare il ticket, se non si è esenti

Cosa portare:

- Impegnativa del medico
- Referti di visite specialistiche ed esami già fatti/ eventuali lettere di dimissione dall'ospedale con fotocopia della cartella clinica

Dopo l'esame:

Si potrà avere una colorazione giallo-verdastra della cute e delle urine che torneranno normali in circa 24 ore (sarà utile assumere abbondanti quantità di liquidi nelle ore successive all'esame).

Si avrà un transitorio annebbiamento visivo e una maggiore sensibilità alla luce per 4-5 ore (è utile munirsi di occhiali da sole)

ATTENZIONE:

- ➔ **QUESTO ESAME NON SI PUÒ ESEGUIRE SU PAZIENTI ALLERGICI ALLA FLUORESCEINA SODICA E SU DONNE IN GRAVIDANZA.**
- ➔ **RIFERIRE AL MEDICO SE AVETE AVUTO EPISODI ALLERGICI IN PRECEDENTI FAG, O ALLERGIE AD ALTRI MEZZI DI CONTRASTO ENDOVENOSI.**
- ➔ **PER I PAZIENTI AFFETTI DA GRAVE INSUFFICIENZA RENALE E' NECESSARIO IL CONSENSO DELLO SPECIALISTA NEFROLOGO.**
- ➔ **NON DEVONO SUSSISTERE CONTROINDICAZIONI ALLA MIDRIASI FARMACOLOGICA**

Mod. OFT.0008-00/Pchir01



SC Oculistica

Direttore. Dr.ssa Daniela Dolcino

Telefono: 0131.206272

mail: ddolcino@ospedale.al.it

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

COGNOME NOME PAZIENTE	ETA'	
Esistono precedenti di allergia	SI	NO
▪ alla fluoresceina-infracianina	SI	NO
▪ ad alimenti / farmaci	SI	NO
▪ allo iodio	SI	NO
▪ ad altre sostanze (specificare)	SI	NO
Malattie cardiovascolari	SI	NO
Insufficienza Renale cronica	SI	NO
Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	SI	NO
Asma bronchiale	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Gravidanza	SI	NO

Il medico curante (timbro e firma)

Data

In presenza di precedenti reazioni allergiche di qualsiasi origine si propone il seguente protocollo di profilassi da eseguirsi prima dell'esame

PROTOCOLLO DI PROFILASSI PER PAZIENTI AD ALTO RISCHIO DI REAZIONI AVVERSE A FARMACI/ANESTETICI LOCALI/MEZZI DI CONTRASTO	
13 ore prima	Prednisone 50 mg per os (Deltacortene forte 25 mg 2 cp)
7 ore prima	Prednisone 50 mg per os (Deltacortene forte 25 mg 2 cp)
1 ora prima	Prednisone 50 mg per os (Deltacortene forte 25 mg 2 cp) Clorfenamina maleato (Trimeton 10 mg 1 fiala i.m.)

Mod. OFT.0008-00/Pchir01



SC Oculistica

Direttore. Dr.ssa Daniela Dolcino

Telefono: 0131.206272

mail: ddolcino@ospedale.al.it

INFORMATIVA ESAME ANGIOGRAFIA RETINICA

(Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana)

L'introduzione per via endovenosa di un colorante (FLUORESCINA/ VERDE INDOCIANINA) seguito da una sequenza fotografica del fondo dell'occhio (retina/coroide).

Questo esame trova particolare indicazione nello studio e nella diagnosi delle seguenti patologie:

- malattie vascolari: ipertensione arteriosa, retinopatia diabetica, trombosi venosa ed occlusioni arteriose, anomalie congenite del circolo, ecc.
- patologie infiammatorie (uveiti)
- degenerazioni maculari e retiniche in generale
- patologie del nervo ottico
- neoplasie

L'esame non necessita di ricovero in quanto viene effettuato ambulatorialmente, previa dilatazione della pupilla.

Le consigliamo pertanto di venire accompagnato in quanto la midriasi può rendere difficoltosa la guida di autoveicoli.

Esami alternativi

La retina può essere osservata direttamente ed indirettamente con altri metodi:

- esame del fondo dell'occhio
- campo visivo
- tomografia ottica a radiazione coerente
- analisi delle fibre ottiche mediante laser

Questi esami danno informazioni diverse da quelle ottenibili con la fluorangiografia.

Mancata o ritardata esecuzione dell'esame

La mancata effettuazione di questo esame impedisce al suo Oculista di eseguire una corretta diagnosi ed instaurare le corrette terapie.

Effetti collaterali

L'iniezione della sostanza è del tutto indolore; raramente può verificarsi la fuoriuscita del colorante dal vaso sanguigno con conseguente sensazione di bruciore. La Fluoresceina e il Verde di indocianina sono sostanze generalmente ben tollerate dalla maggior parte dei pazienti.

Tra gli effetti collaterali gravi, in rari casi, si possono verificare:

- gravi reazioni di intolleranza fino alla comparsa di uno shock anafilattico (reazioni di intolleranza possono avvenire con qualsiasi sostanza farmacologica), evenienza

Mod. OFT.0008-00/Pchir01



SC Oculistica

Direttore. Dr.ssa Daniela Dolcino

Telefono: 0131.206272

mail: ddolcino@ospedale.al.it

quest'ultima del tutto eccezionale. Per ridurre questo rischio è molto importante che il paziente informi il medico riguardo a pregresse reazioni allergiche a farmaci e/o alimenti ed eventuali terapie farmacologiche in atto.

□ Tra gli altri effetti collaterali da segnalare:

- vi sono la colorazione giallastra della cute e delle urine dopo iniezione endovenosa di fluoresceina che può protrarsi anche per alcune ore dopo l'esame;
- reazioni a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea-vomito) e del sistema neuro-vegetativo (malessere generale).

Altre informazioni

In caso di gravidanza non sono riferiti effetti dannosi a carico della madre e del nascituro dovuti alla fluoresceina. Il colorante inoltre viene escreto nel latte materno: si raccomanda pertanto la sospensione dell'allattamento nei due giorni successivi all'esame fluorangiografico.

E' consigliabile non sottoporsi all'esame nei primi mesi di gravidanza.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'esame. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

ATTENZIONE!

- 1) **L'esame fluorangiografico retinico studia le malattie retiniche.**
- 2) **L'iniezione del colorante (fluoresceina/verde di indocianina), come anche in caso di assunzione di altri farmaci, può creare problemi di allergie.**
- 3) **E' importante riferire al medico la presenza di allergie o qualsiasi sostanza prima dell'esame.**
- 4) **Dopo l'esame la cute e le mani possono essere più scure e pigmentate.**
- 5) **Se la paziente è in stato di gravidanza è utile avvertire il medico.**

Mod. OFT.0008-00/Pchir01



SC Oculistica

Direttore. Dr.ssa Daniela Dolcino

Telefono: 0131.206272

mail: ddolcino@ospedale.al.it

Il sottoscritto paziente (Cognome e Nome in stampatello) _____

Data _____ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) _____

Firma di chi ha fornito le informazioni _____

Gentile Paziente,

la SOI, Società Oftalmologica Italiana, riconosciuta come ente morale dal Ministero dei Beni Culturali, richiede nel suo interesse che prima di sottoporsi all'intervento, lei riceva le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.

E' quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

ATTO DI CONSENSO ALL'ESAME ANGIOGRAFICO RETINICO

OCCHIO DESTRO

OCCHIO SINISTRO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto: acconsento a sottopormi all'esame angiografico, dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'esame ed avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa da me sottoscritta per presa visione e facente parte integrante della presente dichiarazione di consenso, i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici dell'esame stesso.

Dichiaro che non ho mai manifestato pregresse reazioni allergiche a farmaci e/o alimenti.

Ovvero

Dichiaro che in passato si sono manifestate reazioni allergiche ai seguenti farmaci e/o alimenti

Mod. OFT.0008-00/Pchir01



C.F. – P.I. 01640560064

Dichiaro di non avere in atto le seguenti terapie farmacologiche
ovvero

Di avere in atto le seguenti terapie farmacologiche

Dichiaro inoltre

di allattare

di non allattare

di essere alla settimana di gravidanza

di non essere in stato di gravidanza

Affermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma.

Cognome e Nome

del paziente

del tutore del paziente inabilitato;

dei genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello _____

Data _____ Firma del Paziente/tutore/genitore _____

Firma dell'altro genitore. _____

In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.

In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.

Nome di chi riceve la dichiarazione di consenso (in stampatello) _____

Firma di chi riceve la dichiarazione di consenso (non necessariamente Dott) _____

Mod. OFT.0008-00/Pchir01