



**STRUTTURA COMPLESSA
U.U. O.O. OCULISTICA
OSPEDALE VILLA SCASSI - AMBULATORIO OCULISTICA
Dott. Fabio Giacomelli**

CONSENSO INFORMATO PER FLUORANGIOGRAFIA

Allo scopo di:

- 1 - definire la natura dei disturbi visivi da me acquisiti
- 2 - accertare lo stato del sistema circolatorio retinico
- 3 - decidere, grazie a questo esame, la migliore terapia

lo sottoscritto/a

Acconsento volontariamente a sottopormi a tale indagine. L'esame prevede l'immissione in circolo di colorante organico (fluorescina o verde indocianina) per via endovenosa e la visualizzazione fotografica a livello della retina di questo colorante. Dopo l'esame la sua cute e le sue urine assumeranno un colorito giallastro e torneranno normali nel giro di 24 ore.

Tale indagine è da considerarsi molto sicura. Purtroppo sono possibili disturbi lievi come la comparsa di nausea e manifestazioni allergiche. Nel nostro centro sono comunque pronti presidi terapeutici in grado di fronteggiare complicanze che si presentassero in maniera più accentuata. E' buona norma che il paziente prima dell'esame segnali notizie circa il suo stato di salute al medico.

ATTO DI CONSENSO

Comprese e meditate queste informazioni inerenti tale esame, i suoi benefici e i suoi rischi, acconsento a sottopormi a tale indagine dandone pieno mandato ai medici di questa struttura.

Data _____

(Il Paziente)

(Il Rappresentante legale)