



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO
Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 GENOVA

Padiglione 9 Tel. 0103538454/59 Fax 0103538494

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE, OFTALMOLOGIA E GENETICA
CLINICA OCULISTICA - UNIVERSITA' DI GENOVA
(DIRETTORE: PROF. CALABRIA)

Informativa esame FLUORANGIOGRAFIA RETINICA

Gentile Signore/a,

Lei ha un problema alla retina.

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La patologia visiva che l'esame proposto vuole accertare ovvero escludere si chiama

Il responsabile dell'esame è _____

L'esame FLUORANGIOGRAFICO

L'esame FLUORANGIOGRAFICO è un esame che studia le alterazioni anatomiche della retina mediante l'introduzione per via endovenosa di un colorante (FLUORESCINA) seguito da una sequenza fotografica del fondo dell'occhio (retina). 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.

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 è una sostanza generalmente ben tollerata 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 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), 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.**

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 _____

LA PRESENTE INFORMATIVA E' STATA APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA SOI-AMOI ENTE MORALE RICONOSCIUTO DAL MINISTERO DEI BENI CULTURALI

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 FLUORANGIOGRAFICO 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 fluorangiografico, 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 al riguardo di aver avuto ogni altra spiegazione da me richiesta rilasciatami dal

Dott. _____

Firma del Dott. _____

Che ha rilasciato spiegazioni su

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

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.)
