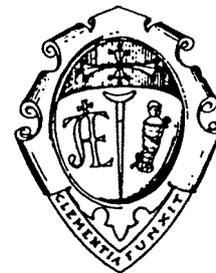




**AZIENDA  
OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA  
PISANA**  
U.O. Oculistica Universitaria  
Direttore: Prof. Marco Nardi



**INFORMATIVA ESAME FLUORANGIOGRAFIA RETINICA**

Gentile Paziente,

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.

**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 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****O OCCHIO DESTRO****O 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:

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_