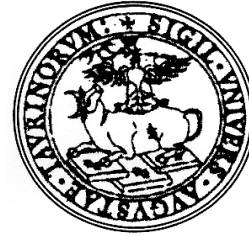


A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino



Presidio Ospedaliero Sperino Oftalmico
Servizio di Angiografia Retinica

Egregio Collega,

Il Sig necessita di esame angiografico oculare.

Tale esame viene eseguito mediante infusione endovenosa di fluoresceina sodica (FAG) e/o verde di indocianina (ICG); tali coloranti presentano un bassissimo tasso di tossicità e vengono escreti essenzialmente per via renale la fluoresceina e per via epatica il verde d'indocianina. Ne consegue che potrebbe essere controindicata l'esecuzione in caso di grave nefropatia (creatininemia ≥ 3.5 mg/ml) e/o grave epatopatia (stato ascitico); in tal caso viene richiesto tassativamente un nulla osta del nefrologo curante e/o del gastroenterologo curante.

Resta inoltre la possibilità di importanti reazioni di tipo allergico (fino allo shock anafilattico).

In caso di presenza di allergie note, l'esame non risulta controindicato, ma è necessaria profilassi mediante:

- Prednisone 25 mg
- Citirizina dicloridrato

la sera precedente l'esame (ore 20.00) e la mattina dell'esame (ore 7.00).

Premesso ciò, Le chiediamo quindi se il paziente presenta grave nefropatia, grave epatopatia, o diatesi allergica.

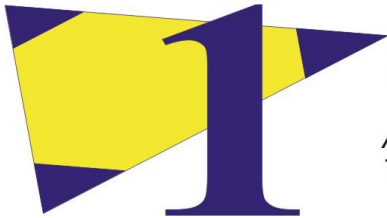
- | | | |
|---------------------|----|----|
| - grave nefropatia | SI | NO |
| - grave epatopatia | SI | NO |
| - diatesi allergica | SI | NO |

Ringraziando per la collaborazione.

La DIREZIONE

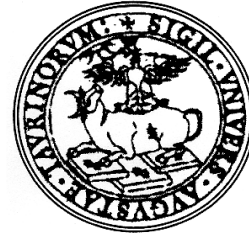
Luogo e data

Firma e timbro Medico Curante



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino



Presidio Ospedaliero Sperino Oftalmico

Servizio di Angiografia Retinica

**RICHIESTA DI CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANGIOGRAFIA E
INDOCIANINOGRAFIA**

L'angiografia oculare consiste in una serie di fotografie di una o più parti dell'occhio, eseguite dopo l'introduzione endovenosa di un'apposita sostanza, la fluoresceina sodica o l'indocianina.

Tale pratica, nella stragrande maggioranza dei casi, non comporta alcun rischio. In una percentuale molto ridotta di pazienti si sono verificati casi di intolleranza al colorante iniettato, con manifestazioni allergiche di tipo cutaneo (orticaria), respiratorio (laringospasmo, broncospasmo) e cardiocircolatorio (abbassamento della pressione, shock).

Tali quadri patologici (che possono in alcuni casi essere gravissimi ed addirittura mortali per lo shock anafilattico intrattabile) sono più frequenti nei pazienti con diatesi allergica ed è per questo che riveste molta importanza la profilassi specifica.

La profilassi riduce, ma **non elimina** il rischio di insorgenza di crisi anafilattiche.

Il colorante iniettato viene eliminato per via renale e per via epatica.

Durante l'esame si possono avvertire lieve senso di nausea o di calore, di breve durata. L'utilità diagnostica della angiografia ed i benefici che ne derivano per gli occhi del paziente sono nettamente superiori ai rischi ed agli effetti collaterali che tale esame comporta.

Si ricorda che il paziente, dopo l'esecuzione dell'angiografia, deve attendere in sala d'aspetto finché il medico o l'infermiere non ne autorizzino l'allontanamento.

La cute, gli occhi e l'urina possono presentarsi lievemente gialli per 24-36 ore dopo l'esame.

Si segnala l'importanza di seguire scrupolosamente quanto riportato; in caso di mancata compilazione dei fogli allegati, sia da parte del medico curante che da parte dell'oculista curante, non si potrà procedere all'esecuzione dell'angiografia ed il paziente dovrà ripresentarsi.

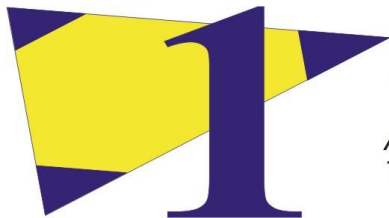
Dopo aver letto quanto sopra ed essermi reso conto delle modalità con cui viene effettuato l'esame, della sua utilità e dei suoi rischi, **autorizzo l'esecuzione dell'angiografia oculare.**

Su me stesso _____

Su minore _____

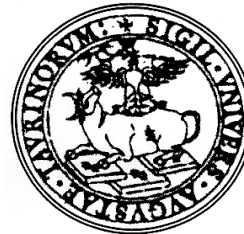
Data _____

Firma _____



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino



Presidio Ospedaliero Oftalmico "C. Sperino"
Dipartimento di Malattie Oculistiche

RICHIESTA DI ESAME ANGIOGRAFICO

Esame richiesto:

- Fluorangiografia Angiografia con verde di indocianina

DATI ANAMNESTICI RILEVANTI

- Insufficienza renale
- Crisi epilettiche
- Altro: _____

Precedenti di allergia:

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Fluoresceina-infracianina | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Altri farmaci | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Alimenti | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Iodio o altre sostanze | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Altro | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

In presenza di precedenti reazioni allergiche di qualsiasi origine si propone il seguente protocollo di profilassi da eseguirsi come segue:

la sera precedente l'esame, alle ore 20.00, e la mattina dell'esame, alle ore 7.00

CITIRIZINA DICLORIDRATO una compressa

PREDNISONE 25 mg una compressa

Il paziente deve presentarsi all'orario prestabilito presso il Servizio di Angiografia Retinica a digiuno (in caso di malattia diabetica, leggera colazione **evitando di bere latte**, associata alla terapia in atto).

Il paziente deve essere munito di:

- impegnativa del medico curante non scaduta o impegnativa interna
- il presente protocollo, **compreso di consenso informato** (v. retro) debitamente compilato e firmato
- dichiarazione del medico curante (allegato 1)
- dichiarazione dell'oculista curante (allegato 2)
- eventuale documentazione oculistica in suo possesso.

Il paziente conferma che quanto ha dichiarato in **anamnesi** corrisponde a verità:

Torino, _____ Firma del paziente _____

SI RICORDA CHE L'ESAME NON VERRA' ESEGUITO IN CASO DI DOCUMENTAZIONE INCOMPLETA

pag. 4