



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**U.O.A. Oculistica – Ciriè – Direttore: Dr. L. Chiadò Piat**

## **CONSENSO INFORMATO AD ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA E INDOCIANINA**

Sig. \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

### **DEFINIZIONE**

La fluorangiografia (FAG) e l'angiografia con verde di indocianina (ICG) sono l'esecuzione di una serie di fotografie della retina dopo l'iniezione in una vena del braccio di coloranti chiamati fluoresceina e verde di indocianina. La procedura è ambulatoriale, è eseguita con le pupille dilatate e dura da 10' a 40' circa, tranne casi particolari.

### **INDICAZIONI PRINCIPALI**

La FAG e l'ICG sono indicate in caso di numerose malattie del fondo oculare (cioè del nervo ottico, della retina, dell'epitelio pigmentato e della corioide), accertate o sospette, fra cui:

retinopatia diabetica;

distrofie retiniche, epiteliali o coroidali congenite o familiari;

degenerazioni retiniche metaboliche;

degenerazione maculare legata all'età;

degenerazione maculare legata alla miopia;

edema o alterazione maculare secondaria a interventi chirurgici (estrazione di cataratta, cerchiaggio per distacco di retina);

disturbi retinici vascolari (embolie arteriose, trombosi venose);

neuropatie ottiche infiammatorie o ischemiche, edemi della testa del nervo ottico;

uveiti, neoformazioni retiniche e coroidali.

### **POSSIBILI COMPLICANZE PRINCIPALI**

La FAG e l'ICG sono solitamente ben tollerate; fra le possibili complicanze (meno frequenti con ICG) vi sono:

abbagliamento durante l'esame, dovuto al flash o alla luce laser di scansione; è innocuo e si risolve rapidamente;

nausea e vomito durante l'esame; avvengono nel 5% dei casi di FAG e in meno dell'1% di ICG; sono innocui e si risolvono rapidamente; per ridurli si consiglia di rimanere digiuni nelle ore precedenti (nei casi di diabete, assumere il pasto e gli usuali farmaci antidiabetici);

abbagliamento e annebbiamento nelle ore seguenti, dovuti alla dilatazione della pupilla, sono comuni e si risolvono spontaneamente;

stravasamento di colorante, innocuo con ICG, ma con irritazione cutanea fino a necrosi tissutale locale in meno dell'1% di FAG;

colore giallo della pelle e bruno delle urine per le 24 ore seguenti alla FAG;

congiuntivite per allergia al collirio usato per dilatare la pupilla;

fenomeni di allergia al colorante; variano da un semplice prurito generalizzato allo spasmo laringeo al broncospasmo, fino a casi, estremamente rari, di shock anafilattico e ancor più rari di decesso (1 caso su 220000 FAG, 1 su 330000 ICG.)

### **CONTROINDICAZIONI**

La FAG e l'ICG sono eseguibili solo con particolari precauzioni e solo se strettamente indispensabili in pazienti con pregressi fenomeni allergici gravi, con cardiopatie gravi, o in gravidanza o in allattamento, per motivi prudenziali.

La FAG (e, per motivi prudenziali, l'ICG) non si possono eseguire in caso di insufficienza renale grave (se non in dialisi) e l'ICG in caso di allergia allo iodio o a crostacei o molluschi e in caso di epatopatia grave.

Pag.1

## ANAMNESI GENERALE E ALLERGOLOGICA

(a cura del paziente e dell'Oculista che prescrive l'esame)

Si	No	Malattie gravi dei reni
Si	No	Malattie gravi del fegato
Si	No	Malattie gravi del cuore
Si	No	Gravidanza o allattamento
Si	No	Asma allergico, orticaria, febbre da fieno
Si	No	Episodi di shock anafilattico
Si	No	Episodi di allergia a farmaci, e quali:

si	no	Episodi di allergia a mezzo di contrasto iodati
----	----	---

Se sono stati risposti dei sì, portare questo foglio al Medico di famiglia, chiedergli una relazione ed eseguire gli accertamenti che riterrà necessari (creatinina, AST, ALT, ALP, CPK, vis. Cardiologica, vis. Allergologica, ecc.).

In caso di allergia non grave (asma, orticaria, febbre da fieno, allergia a farmaci non correlati con fluoresceina e indocianina) assumere **Zirtec 10 mg.** 1 cp al giorno nei 3 giorni precedenti l'esame.

Firma del paziente:

\_\_\_\_\_

Firma dell'Oculista prescrittore:

\_\_\_\_\_

## ANAMNESI OFTALMOLOGICA

(a cura dell'Oculista che prescrive l'esame)

esame richiesto:

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> FAG | <input type="checkbox"/> retinografia a colori |
| <input type="checkbox"/> ICG | <input type="checkbox"/> rosso - priva         |
|                              | <input type="checkbox"/> autofluorescenza      |

ODV cc: \_\_\_\_\_

ODF (eventuali dettagli e richieste specifici):

OSV cc: \_\_\_\_\_

OSF (eventuali dettagli e richieste specifici):

si	no	Camere anteriori basse
----	----	------------------------

si	no	Aller. a midriat.: _____
----	----	--------------------------

**In caso di compilazione incompleta o non firmata l'esame tassativamente non verrà eseguito ed il paziente verrà rimandato all'Oculista prescrittore o al Medico di famiglia.**

### ATTO DI CONSENSO

Io sottoscritto/a .....

.....

e/o noi sottoscritti .....

.....

genitori del minore .....

.....

o io sottoscritto/a.....

.....

tutore legale di .....

dichiaro/dichiariamo di essere stato/a/i ampiamente edotto/a/i dal Dr. ....

circa le caratteristiche delle procedure diagnostiche chiamate fluorangiografia e angiografia con verde di indocianina e circa la sospetta malattia da cui sono o potrei essere affetto, citata nella sezione dell'anamnesi oftalmologica;  
dichiaro di aver avuto tempo sufficiente per leggere, valutare e comprendere e di aver, in effetti, attentamente letto, valutato e compreso quanto sopra illustrato circa le indicazioni e le possibili complicanze delle citate procedure;  
dichiaro di aver richiesto e ottenuto dal medico oculista le necessarie spiegazioni circa le citate procedure e la citata sospetta malattia da cui sono o potrei essere affetto;  
dichiaro di essere stato informato che il fondo oculare e la testa del nervo ottico possono essere esplorati anche con altre metodiche dirette (oftalmoscopia, OCT, analisi del RNFL) e indirette (perimetria, elettroretinogramma, potenziali evocati visivi), che forniscono informazioni diverse da quelle fornite da fluorangiografia e/o angiografia con verde di indocianina;  
dichiaro di essere stato informato che la mancata esecuzione di fluorangiografia e/o angiografia con verde di indocianina potrebbe ritardare o impedire la corretta diagnosi e la corretta terapia della malattia da cui sono o potrei essere affetto;  
dichiaro di aver compilato con meticolosità la sezione circa l'anamnesi generale e allergologica e di non aver nascosto nulla di quanto conosco;  
dichiaro in particolare di essere cosciente, stante la variabilità intrinseca di ogni atto medico compiuto su strutture biologiche, dell'impossibilità da parte del medico oculista di formulare una previsione assoluta in ogni singolo caso circa le possibili complicanze delle citate procedure;  
dichiaro inoltre di sollevare fin d'ora l'operatore, fermo restando il suo dovere professionale di diligenza, prudenza e perizia, da responsabilità civili di qualsiasi ordine in relazione alle citate procedure;

**ACCONSENTO** a sottopormi alla citata procedura, accettando tutto quanto sopra estesamente specificato.

Firma del paziente/genitori/tutore .....

Firma del medico oculista.....

Cirìè,.....

Questo consenso informato è stato redatto sulla base di quello consigliato dalla Società Oftalmologica Italiana, ente morale riconosciuto dal Ministero dei Beni Culturali, reperibile sul sito [www.soiweb.com](http://www.soiweb.com), di cui costituisce ampliamento e integrazione.

### **ISTRUZIONI GENERALI**

Leggere attentamente il presente foglio in ogni sua parte, facendosi eventualmente aiutare dai familiari.  
Compilare la sezione dell'anamnesi generale e allergologica; se si sono risposti dei sì, recarsi con questo foglio dal proprio Medico di famiglia per gli opportuni accertamenti.  
Far compilare al proprio oculista la parte dell'anamnesi oftalmologica; è importante ricordare che se la compilazione è incompleta o non firmata l'esame non verrà effettuato, in alcun caso.  
Il giorno dell'esame, rimanere digiuni da 8 ore (ad eccezione dei pazienti diabetici, che devono continuare a seguire il ciclo dei pasti e di assunzione di ipoglicemizzanti orali o insulina) ma assumere con poca acqua i farmaci usuali. Presentarsi almeno 15' in anticipo rispetto all'ora fissata, possibilmente accompagnati, portando con sé l'impegnativa non scaduta, il pagamento del ticket se dovuto, e tassativamente il presente foglio.  
Portare con sé gli esiti di precedenti visite oculistiche e le precedenti angiografie.  
Portare un paio di occhiali da sole.  
Ricordare agli accompagnatori che la procedura prevede la dilatazione delle pupille e l'alternarsi di diversi pazienti per diverse fasi dell'esame; per questo motivo la permanenza presso l'ambulatorio oculistico potrebbe durare in totale anche alcune ore.