



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

063 – Richiesta e consenso fluorangiografia ASL 9

RICHIESTA ANGIOGRAFIA (FAG - IGC)

Sig. età data/...../.....

Indirizzo

Telefono

ESAME RICHIESTO

Fluoroangiografia (FAG): Angiografia digitalizzata al verde di Indocianina (ICG)

Occhio di cui si richiedono le fasi precoci OD OS

Visus OD/..... cc OS/..... cc

Diagnosi OD

OS

Quesito clinico.....

.....

.....

Timbro e firma dell'Oculista richiedente

.....

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

Malattie cardiovascolari NO SI Quali?
Portare i risultati dell'ultimo controllo

Precedenti allergie a farmaci,
alimenti o altre sostanze NO SI Quali?

Assunzione di farmaci NO SI Quali?

Allergia a colliri midriaci NO SI Quali?

Firma del paziente

N.B. Presentarsi alla visita con questa richiesta interamente compilata.



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

063 – Richiesta e consenso fluorangiografia ASL 9

INFORMATIVA ESAME FLUOROANGIOGRAFIA RETINICA APPROVATO DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA

Questa scheda contiene le informazioni sulla procedura diagnostica che Le è stata proposta, 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.

L'esame Fluoroangiografico

L'esame fluoro angiografico 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 venosi 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 miopia 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 fluoro angiografia.

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 farmacologie in atto.



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

063 – Richiesta e consenso fluorangiografia ASL 9

- 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 fluoro angiografico.

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 preposto, 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 fluoro angiografico 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) È 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.

Per presa visione

Firma



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

063 – Richiesta e consenso fluorangiografia ASL 9

ATTO DI CONSENSO ALL'ESAME FLUOROANGIOGRAFICO RETINICO

OCCHIO DESTRO

OCCHIO SINISTRO

Leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

Il sottoscritto paziente (Cognome e Nome in stampatello)

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.

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 terapie farmacologiche
ovvero

Di avere in atto le seguenti terapie farmacologiche
.....

Dichiaro inoltre

di allattare di non allattare

di essere allasettimana di gravidanza di non essere in stato di gravidanza

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 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



www.regione.piemonte.it/sanita



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte