Valmontone Hospital spa	Sede legale ed operativa: Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone(RM)	MOD.C.I. 16
		Rev.01
		Data:25/06/2015
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	Pagina 1 di 1

CONSENSO INFORMATO

FLUORANGIOGRAFIA RETINICA

L'esame fluorangiografico studia le alterazioni anatomiche della retina mediante l'introduzione per via endovenosa di un colorante (fluorescina), seguito da una seguenza fotografica delfondo dell'occhio.

L'esame viene effettuato ambulatoriarmente previa dilatazione della pupilla.
Le consigliamo di venire accompagnato, in quanto la midriasi può rendere difficoltosa la guida.
La somministrazione di fluorescina è in dolore ed è ben tollerata dalla maggior parte dei pazienti.

Tra gli effetti collaterali gravi si possono verificare:

- Gravi reazioni di intolleranza fino alla comparsa di shock anafilattico, evenienza questa del tutto eccezionale (reazioni di intolleranza possono verificarsi con qualsiasi sostanza farmacologica). Per ridurre questo rischio è importante che il paziente informi il medico riguardo a regresse reazioni allergiche a farmaci e/o alimenti ed eventuali terapie farmacologiche in atto.

Tra gli effetti collaterali sono da segnalare:

- Colorazione giallastra della cute e delle urine che potrebbero protrarsi anche alcune ore dopo l'esame.
- Reazioni a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea, vomito).
- Reazioni a carico del sistema neuro-vegetativo (malessere generale).

In caso di gravidanza non sono riferiti effetti dannosi dovuti alla fluorescina, si raccomanda comunque la sospensione dell'allattamento dei tre giorni successivi all'esame, e non sottoporsi al medesimo nei primi mesi di gravidanza.

Sig. _____
Il suo esameè previsto per il ____/____/____ alle ore_____
E' necessario portare i risultati delle seguenti analisi:

- GLICEMIA-CREATININA-ELETTROCARDIOGRAMMA
- PRESCRIZIONE OCULISTICA, EVENTUALI ESAMI PRECEDENTI E DOCUMENTAZIONE OCULISTICA.
- PRESENTARSI A DIGIUNO da almeno 4 ore.

L'esame compresa la preparazione durerà circa due ore.

Con la presente dichiarazione io sottoscritto_____
Consento di sottopormi all'esame di fluorangiografia dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'esame ed aver valutato, in base a quanto illustrato e riassunto nella specifica informativa facente parte della presente dichiarazione di consenso, i possibili vantaggi così come eventuali rischi generici dell'esame.

In fede

Valmontone,_____ _____