



## SCHEDA INFORMATIVA ESAME ANGIOGRAFIA RETINICA

APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL'ANNO 2003  
 PRIMO AGGIORNAMENTO LUGLIO 2011

Gentile Signora, Signore,

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 angiografico

L'esame angiografico è un esame che studia le alterazioni anatomiche della retina mediante l'introduzione per via endovenosa di un colorante (FLUORESCINA o INDOCIANINA) 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 l'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 e l'indocianina sono sostanze generalmente ben tollerate dalla maggior parte dei pazienti.

Y 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.

Y 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 angiografico.

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 angiografico retinico studia le malattie retiniche.**
- 2) L'iniezione del colorante (fluoresceina, indocianina), come anche in caso di assunzione di altri farmaci, può creare problemi di allergie.**
- 3) E' importante riferire al medico la presenza di allergie a 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.**

La presente nota informativa ha la finalità di permetterle di rilasciare un consenso che sia effettivamente informato, consapevole e condiviso con il suo medico. E' quindi invitato a leggere accuratamente quanto scritto prima di sottoporsi al trattamento medico o chirurgico, evidenziando qualsiasi aspetto non le sia sufficientemente chiaro e/o qualsiasi ulteriore perplessità. Per quanto riguarda le informazioni relative alla struttura (personale, macchinari, servizi, ecc.) la invitiamo a consultare il sito aziendale ([www.aulss6.veneto.it](http://www.aulss6.veneto.it)).



Il sottoscritto paziente/genitore/tutore (Cognome e Nome in stampatello)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) (scrivere in Stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma leggibile (medico) \_\_\_\_\_

**Nella pagina successiva viene allegato il modulo di Atto di consenso.**



### ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_ nell'occhio \_\_\_\_\_

#### **dichiara in piena coscienza**

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse

- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza

- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di \_\_\_\_\_

- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento

- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

\_\_\_\_\_

- essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo

- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato

- di aver ricevuto le informazioni in data \_\_\_\_\_ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e

**pertanto rilascia il consenso all'intervento di \_\_\_\_\_ in occhio \_\_\_\_\_**

#### **e autorizza l'equipe chirurgica**

- all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata

- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

- a eseguire durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Firma del paziente

Firma leggibile di chi riceve il presente documento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_



**Egregio collega,**

si richiede la Sua gentile collaborazione volta a determinare l'assenza di controindicazioni per il Suo paziente, e di compilare la valutazione clinico-anamnestica sottostante.

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra ..... è

- **NEGATIVA** per comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organo-iodati (ICGA) e fluoresceinici per via iniettiva.
- **POSITIVA** per:
  - Comprovato rischio allergico
  - Grave insufficienza epatica
  - Grave insufficienza renale
  - Grave insufficienza cardiovascolare
  - Paraproteinemia di Waldestrom
  - Mieloma multiplo
- Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.
- Il paziente dovrà essere sottoposto a visita anestesiologicala preventiva.

IL MEDICO CURANTE  
(timbro e firma)

**N.B. In caso di comprovato rischio allergico** il paziente dovrà assumere adeguata terapia di preparazione con **DELTACORTENE 25mg** una volta al giorno e **ZIRTEC 10mg** due volte al giorno nei tre giorni precedenti l'esame. Nel caso in cui il paziente non possa essere sottoposto a tale terapia (diabete, gastrite, ulcera, ecc...) si dovrà contattare il servizio di Angiografia per eventuale inserimento in lista programmata con assistenza anestesiologicala.