



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

## **SOC OCULISTICA**

### MODULO N. 01

#### **L'ANGIOGRAFIA IN FLUORESCENZA (FLUORESCINA) E AL VERDE D'INDOCIANINA**

Gentile Signore / a

L'esame a cui sar  sottoposto, consiste nel fotografare il fondo dell'occhio a cadenza ravvicinata, per almeno 5-10 minuti dopo aver iniettato in vena un colorante FLUORESCENTE (la FLUORESCINA o il VERDE INDOCIANINA ). Questo   un metodo insostituibile per verificare lo stato dei vasi del fondo dell'occhio e di quelli della retina.

L'angiografia   indicata per:

Diagnosticare alcune malattie dell'occhio (ad esempio: retinopatia diabetica, degenerazioni della retina, ecc)

Valutare il decorso della malattia.

Supportare le cure, in modo particolare, quando   prevista la fotocoagulazione al laser.

**Effetti indesiderabili, non pericolosi, dell'angiografia:**

A seguito dell'iniezione di fluorescina la pelle e le urine assumeranno un colore giallo intenso per diverse ore.

A seguito dell'iniezione di verde d' indocianina le feci assumeranno un colore intenso. Sintomi come nausea e pi  raramente quelli di vomito sono da ritenersi normali dopo l'iniezione.

Nel caso in cui il colorante fuoriesce dai vasi sanguigni pu  causare dolore nella zona dell'iniezione.

Altri possibili sintomi di malessere spariranno rapidamente mettendosi in posizione supina.

**Effetti indesiderabili, gravi, dell'angiografia.:**

Reazioni d'intolleranza gravi possono manifestarsi in modo imprevedibile, anche se fortunatamente, sono molto rare (inferiori al 1% dei casi). I rischi aumentano nei casi in cui:

Positivit  ad allergeni ( alimenti, medicine, pollini, ecc.) con manifestazioni cutanee (orticaria,eczema, ecc.) e/o respiratorie ( crisi asmatiche).

Problematiche cardio-respiratorie di rilievo.

Assunzione di farmaci in modo particolare i betabloccanti (cardiopatie, ipertensione arteriosa).



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

## Prevenzione agli effetti indesiderabili, gravi, dell'angiografia:

Qualora si necessiti dell'angiografia, anche in presenza dei punti sopraindicati (vedi effetti indesiderabili gravi), viene proposta una preparazione farmacologica atta a prevenire eventuali reazioni d'intolleranza o allergia alla fluorescina o al verde d'indocianina.

Eccezionalmente uno shock grave, a volte mortale, può capitare in modo imprevisto, nonostante tutte le precauzioni prese.

## Gravidanza:

Non sono noti effetti collaterali sia per la madre sia per il nascituro con uso della fluorescina.

Utilizzando il verde d'indocianina ci si astiene dall'esame nei primi mesi di gravidanza, anche se non si conoscono effetti tossici.

## Allattamento:

Sospensione dell'allattamento nei due giorni successivi all'esame con fluorescina la quale viene escreta nel latte materno.

Non si conoscono effetti collaterali usando il verde d'indocianina.

## Questionario:

Per una maggiore completezza informativa atta a ridurre le problematiche sopra scritte si chiede di compilare il questionario allegato. Per qualsiasi dubbio può richiedere informazioni supplementari al medico oculista.

## Consigli:

Questo esame viene eseguito in ambulatorio senza ricovero. La necessità di dilatare le pupille renderà impossibile la guida della propria auto, pertanto si raccomanda l'utilizzo di mezzi pubblici o l'assistenza d'altre persone.

Le eventuali complicazioni possono verificarsi durante l'esame e nei minuti successivi, pertanto è consigliata per la sua sicurezza una permanenza in sala d'attesa di circa 15 minuti dal termine dell'esame stesso.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

## **SOC OCULISTICA**

### **QUESTIONARIO DA COMPILARE PRIMA DI UN ESAME D'ANGIOGRAFIA RETINICA ALLA FLUORESCINA O INDOCIANINA**

Per ridurre eventuali rischi d'intolleranza, le chiediamo di compilare il questionario compilando tutti gli appositi campi

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

1. In passato ha avuto manifestazioni allergiche, oppure ha avuto delle reazioni cutanee o respiratorie, particolarmente con alcuni alimenti (ad esempio crostacei), medicine, o in seguito ad un'anestesia?  
SI NO
2. Soffre di malattie cardiache?  
SI NO
3. Soffre d'ansia?  
SI NO
4. Assume delle medicine per il cuore (betabloccanti,ecc.) o per curare un'ipertensione arteriosa?  
SI NO
5. Ha avuto disturbi o altri problemi in seguito, ad una precedente angiografia?  
SI NO
6. E' in stato di gravidanza?  
SI NO



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

Do il mio consenso a sottopormi all'esame d'angiografia:

alla fluoresceina

all'indocianina

Non mi sottopongo a quest'esame, dopo essere stato informato dell'eventuale conseguenza negativa di tale scelta

Firma paziente \_\_\_\_\_ Firma medico \_\_\_\_\_

Domodossola \_\_\_\_\_



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale V.C.O.

Via Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB)

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

PRESIDIO DI \_\_\_\_\_

AMBULATORIO DI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto signor / ra \_\_\_\_\_ dovendo sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di: \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato informato dal Dottor \_\_\_\_\_

dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario a cui intende sottoporsi:

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

RISCHI ED EVENTUALI COMPLICANZE;

BENEFICI PREVISTI;

MODALITA' DI INTERVENTO E POSSIBILI ALTERNATIVE;

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO.

**DICHIARA INOLTRE**

di essere stato informato in modo esauriente e completo sul trattamento proposto;

di aver avuto risposte chiare a tutte le sue domande;

di non avere /avere allergie a farmaci e / o anestetici locali, ovvero di non esserne a conoscenza.

**IN CONSIDERAZIONE DI TUTTO QUANTO SOPRA**

AUTORIZZA /NON AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico descritto nel presente atto e, nei casi previsti, l'uso dell'anestesia locale.

AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CHE LO RIGUARDANO NEL RISPETTO DELLA VIGENTE NORMATIVA SULLA PRIVACY.

FIRMA del paziente .....

FIRMA del / dei genitori o del tutore .....

(in caso di minori, di interdetti o incapaci)

Dopo il colloquio avuto confermo che il Signor/ra.....ha ricevuto le informazioni necessarie ed ha espresso liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento diagnostico e/ o terapeutico che lo/la riguarda.

IL Medico Specialista .....