

Świadoma zgoda pacjenta na wykonanie angiografii fluoresceinowej

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i Imię Pesel:

Opis badania - angiografia fluoresceinowa jest badaniem, które polega na wykonaniu serii fotografii dna oka lub tęczówki, po dożylnym podaniu (fluoresceiny). Fluoresceinę podaje się dożylnie strzykawką (5 ml 10% barwnika). W trakcie badania pacjent siedzi przed kamerą do wykonywania zdjęć dna oka. Badanie pozwala na uwidocznienie krążenia w naczyniach siatkówki i pośrednio błony naczyniowej oraz umożliwia ocenę stanu nabłonka barwnikowego siatkówki i naczyń krwionośnych siatkówki.

Możliwe powikłania: w trakcie podawania fluoresceiny mogą wystąpić nudności (2-4% pacjentów), a ponadto wymioty, uczucie dyskomfortu w okolicy brzucha, omdlenia, świąd. Zdarza się, że fluoresceina dostanie się poza żyłę. W takim przypadku zwykle pojawia się ból w okolicy wstrzyknięcia (najczęściej ręki). W czasie robienia zdjęć występują błyski światła (jak przy fotografowaniu z lampą błyskową), po których przez krótki czas utrzymuje się czerwony obraz przed oczami. Naturalne po podaniu fluoresceiny żółte zabarwienie skóry utrzymuje się przez 6-12 godzin, a intensywne zabarwienie moczu ustępuje po 24-36 godzinach. Po badaniu wskazane przyjęcie większej ilości płynów. W sytuacji, gdy na skutek podania fluoresceiny wystąpią objawy uczuleniowe (wysypka, dreszcze, duszność, a nawet zapaść), należy skontaktować się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub jatrogenny atak jaskry objawiający się: silnym bólem oka, niekiedy bólem głowy, pogorszeniem widzenia, a czasem nudnościami i wymiotami, należy skontaktować się z Kliniką Okulistyki i Optometrii. Przeciwwskazania bezwzględne to pierwsze 3 miesiące ciąży, uczulenie na fluoresceinę.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego badania jest w Pani/Pana przypadku:

duże

średnie

ograniczone

Zgoda na ewentualną konieczność rozszerzenia badania podczas jego trwania

Tak

Nie

Pytania Pacjenta

.....

1. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju badania. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data, godzina i podpis pacjenta

Data i godzina i podpis przedstawiciela ustawowego

2. Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie wykonanie badania angiografii fluoresceinowej

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na badanie angiografii fluoresceinowej).