**MODULO DI PRENOTAZIONE ANGIOGRAFIA con FLUORESCEINA e/o INDOCIANINA**

(da compilare a cura del Medico Curante e da consegnare al momento dell’esame o del trattamento)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICORDARE DI PORTARE ULTIMA FLUORANGIOGRAFIA ED ESAMI PRECEDENTI SPECIALISTICI**

Allergie note \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sieropositivita’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ipertensione arteriosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cardiopatie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma bronchiale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Malattie epatiche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Malattie renali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epilessia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patologia tiroidea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergia Crostacei\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ipersensibilità a mezzo di contrasto (TAC / RMN precedenti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Incinta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare Sì / No)

Nell’eventualità di possibili allergie, il giorno precedente l’esame e il giorno stesso dell’esame si deve assumere la terapia desensibilizzante indicata

**NOTE INFORMATIVE**

L’esame consiste nell’effettuazione di diverse fotografie del fondo dell’occhio dopo aver iniettato un colorante FLUORESCENTE (la fluoresceina ed eventualmente il verde di indocianina) in una vena del braccio . Serve per conoscere lo stato dei vasi sanguigni di retina e coroide. L’angiografia è indicata per: Chiarire la diagnosi (cioè conoscere la natura ed il tipo) di certe malattie dell’occhio; Decidere quale sia la terapia più adatta, in particolare quando è previsto un trattamento laser.

Le indicazioni più frequenti dell’angiografia riguardano la retinopatia diabetica e le degenerazioni della retina.

Talvolta, nel corso dell’esame, può comparire una sensazione fugace di nausea. In rari casi una reazione allergica contenuta (orticaria) che eccezionalmente può evolvere nello shock anafilattico.

Nelle ore successive all’esame è normale una colorazione giallognola della pelle e delle urine che poi scompare rapidamente, le feci possono risultare colorate di verde indocianina.

**IL GIORNO DELL’ESAME:**

- Portare con sè il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte e con documentazione oculistica precedente **(la mancata consegna del modulo compilato determina la NON ESECUZIONE dell’esame)**

- colazione leggera (es. the e fette biscottate); se diabetico, normale terapia ipoglicemizzante con colazione

- venire accompagnato, o comunque prevedendo di non guidare autoveicoli dopo l’esame (pupilla dilatata che riduce la capacità visiva)

- sospendere, sotto controllo dell’oculista curante, almeno 4 giorni prima, Pilocarpina o colliri miotici simili

**CONSENSO INFORMATO**

Preso atto di quanto sopra descritto, acconsento a sottopormi ad esame fluorangiografico

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROFILASSI PER PAZIENTI ALLERGICI**

**IL GIORNO PRECEDENTE ALL’ESAME:**

● DEFLAZACORT 30 mg 1 cp mattino e sera

● RANITINA 150 mg 1 cp mattino e sera

● LORATADINA 10 mg 1 cp mattino e sera

**IL GIORNO DELL’ESAME:**

● DEFLAZACORT 30 mg 1 cp mattino e sera

● RANITINA 150 mg 1 cp mattino e sera

● LORATADINA 10 mg 1 cp mattino e sera

**NOTA BENE: l’incompleta o mancata assunzione della terapia preventiva desensibilizzante comporterà la NON ESECUZIONE dell’esame che dovrà essere riprenotato.**

Data……………………………………..

Il/La Sig./Sig.ra ………………………………………………..dichiara e certifica di aver

assunto i farmaci sopracitati nelle dosi e agli orari previsti. Dichiara inoltre di essere stato/a

adeguatamente informato/a sui rischi/benefici dell’esame e di acconsentire allo stesso dandone pieno mandato ai Medici di questa Struttura.

Firma del paziente………………………………..

Firma del medico………………………………..