

**FLUORANGIOGRAFIA RETINICA**
SC OCULISTICA**1. Descrizione della prestazione**

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).

2. Finalità della procedura

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

3. Modalità di esecuzione e preparazione

L'esame non è doloroso e non necessita di ricovero in quanto viene effettuato ambulatorialmente.

Per l'esecuzione dell'esame verrà dilatata la pupilla attraverso l'istillazione di un collirio e incannulata una vena periferica (nel braccio) per la somministrazione del colorante. Subito dopo verrà effettuato l'esame attraverso uno strumento, chiamato fluorangiografo, e raccolte le immagini dei vasi analizzati.

La durata dell'esame è di circa 20 minuti.

Per l'esecuzione della procedura è necessario:

- Digiuno da cibo almeno 6 ore; è possibile bere acqua moderatamente (si possono comunque assumere i farmaci abituali);
- Portare tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti.

N. B. In caso di pregresse reazioni allergiche a farmaci è necessaria l'assunzione di alcuni farmaci il giorno prima e la mattina stessa dell'esame, secondo le indicazioni dell'allegato n. 1 "Preparazione del paziente allergico".

La mancata preparazione comporta la sospensione dell'esame.

4. Prescrizioni post intervento/procedura diagnostica

Dopo l'esame la cute e le mani possono essere più scure e pigmentate, così come la colorazione delle urine che può protrarsi anche per alcune ore dopo l'esame.

Si consiglia di venire accompagnato in quanto la dilatazione della pupilla per l'esecuzione dell'esame può rendere difficoltosa la guida di autoveicoli.

5. Rischi/complicanze/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.

Tra gli effetti collaterali gravi, in rari casi, si possono verificare:

**FLUORANGIOGRAFIA RETINICA**
SC OCULISTICA

- 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.

Tra gli **altri effetti collaterali** da segnalare:

- vi sono la colorazione giallastra della cute e delle urine dopo iniezione endovenosa che può protrarsi anche per alcune ore dopo l'esame
- reazioni a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea-vomito) e del sistema neurovegetativo (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 viene escreto nel latte materno: si raccomanda pertanto la sospensione dell'allattamento nei due giorni successivi all'esame angiografico. È consigliabile non sottoporsi all'esame nei primi mesi di gravidanza.

6. Esiti temporanei o permanenti

Per un intervallo di tempo di qualche ora si potranno notare urine di colore giallo/arancione intenso e una colorazione della cute giallastra.

Nessun esito permanente è stato descritto.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura? NO SI

7. Alternative

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.

8. Conseguenze in caso di rifiuto

La mancata effettuazione di questo esame impedisce al suo Oculista di eseguire una corretta diagnosi ed instaurare le corrette terapie.

Data: ___/___/_____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

Egregio sig. gentilissima sig.ra,

per l'esecuzione dell'esame diagnostico con somministrazione del colorante (FLUORESCINA o INDOCIANINA) nelle condizioni di predisposizione allergica o che abbia manifestato una pregressa reazione allergica respiratoria o anafilattica è **raccomandata l'assunzione di farmaci** antistaminici e cortisonici prima dell'esecuzione dell'esame.

1. Preparazione all'esame a domicilio

La invitiamo pertanto **a rivolgersi al proprio medico curante per la prescrizione della terapia preventiva** secondo lo schema di seguito descritto e che Lei dovrà assumere con le corrette indicazioni:

Terapia al domicilio	Sera prima dell'esame ore 21	Mattino dell'esame ore 7, senza fare colazione
Cetirizina 10 mg	1 compressa	1 compressa
Prednisone 25 mg	2 compresse	2 compresse

L'antistaminico potrebbe mettere sonnolenza e non è consigliato guidare.

Nei casi di **pregressa reazione grave** qualora non sia proponibile un'indagine alternativa il suo caso verrà discusso l'Anestesista-Rianimatore.

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE TERAPIA

Paziente _____
Cognome Nome

Data di nascita: ___/___/___

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	

conferma di aver ASSUNTO LA TERAPIA A DOMICILIO COME DA PRESCRIZIONE SOPRADESCRITTA

FIRMA DEL PAZIENTE
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO
(LEGGIBILE)

