

Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach		Ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice Tel. 32 3581 200
<b>23</b>	<b>INFORMACJA I ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA ANGIOGRAFII FLUORESCEINOWEJ</b>	
Nazwisko pacjenta		
Imię Pacjenta		Data urodzenia
<p><b>CZĘŚĆ 1- INFORMACJA:</b></p> <p><b>Angiografia fluoresceinowa</b> polega na podaniu do żyły przedramienia jałowego roztworu 10% soli sodowej fluoresceiny w ilości 5 ml. Po podaniu barwnika wykonuje się zdjęcia dna oka, które są przetwarzane i zapamiętywane komputerowo. Zdjęcia są poddane szczegółowej analizie. Całkowity czas badania to kilkanaście minut. Przed badaniem rozszerza się źrenicę 1% Tropikamidem lub innym mydriatykiem. Wykorzystanie barwnika fluoresceinowego pozwala na uwidocznienie struktur dna oka a także zmian chorobowych niewidocznych w czasie zwykłego badania oftalmoskopowego.</p> <p>Po podaniu fluoresceiny mogą wystąpić działania niepożądane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nudności</li> <li>• wymioty</li> <li>• pokrzywka uczuleniowa i świąd skóry</li> <li>• obrzęk krtani i oskrzeli</li> <li>• omdlenia</li> <li>• wstrząs anafilaktyczny, zatrzymanie czynności serca.</li> </ul> <p>Należy zgłosić lekarzowi jeżeli jesteśmy <b>alergikami</b>, chorujemy na <b>astmę oskrzelową</b>, jeśli wystąpiły powyższe objawy przy <b>poprzednim badaniu</b>. Także <b>ciąża i karmienie piersią</b> są przeciwwskazaniem do wykonania badania. Podanie fluoresceiny powoduje żółte zabarwienie skóry, które ustępuje po 6-12 godzinach oraz jasno żółte zabarwienie moczu ustępujące po 24-36 godzinach.</p>		
<p><b>CZĘŚĆ 2 – OŚWIADCZENIE PACJENTA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zostałam/em szczegółowo poinformowana/y o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym badaniu. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.</li> <li>2. Zostałam/em szczegółowo poinformowana/y o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem badania a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku badania.</li> <li>3. Miałam/em możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałam/em zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi oraz wyjaśnienia.</li> <li>4. W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniałam/em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.</li> <li>5. Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu badania i zobowiązuje się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.</li> </ol>		
<p><b>CZĘŚĆ 3 – ZGODA PACJENTA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jestem poinformowany o ewentualnych skutkach tego badania i wyrażam zgodę na wykonanie angiografii fluoresceinowej.</li> </ol>		
<p><b>Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego potwierdzającego oświadczenie i wyrażenie zgody na przeprowadzenie zabiegu.</b></p>		
<p><b>Data i czytelny podpis (stempel) lekarza informującego.</b></p>		