

Очна клиника "ЛУКСОР"

гр.Пловдив - бул."България" 47А тел.032/968881, факс:032/968882
www.luxorclinic.com, e.mail: office@luxorclinic.com

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ФЛУОРЕСЦЕИНОВА АНГИОГРАФИЯ

Ангиографията е диагностична процедура, при която се прави бърза последователност от снимки, за да се документира кръвообращението на ретината/ хороидеята. Контрастен агент (багрило) обикновено се инжектира във вена в ръката, предмишницата или китката.

Тъй като флуоресцеиновото багрило е много ярко жълто, кожата може да изглежда иктерична (жълтеникава) за няколко часа, след което жълтият цвят изчезва. Багрилото се отделя през бъбреците, правейки урината ярко жълта за 24-36 часа.

Документираните нежелани реакции към багрилата, които могат да се появят, включват: умора, гадене, повръщане, главоболие, разстроен стомах, световъртеж, припадък, уртикария и сърбеж.

Рядко могат да възникнат тежки алергични реакции (анафилаксия) или бронхоспазъм (което причинява затруднения с дишането), които са животозастрашаващи.

На мястото на инжектиране може да се получи изтичане на флуоресцеиновото багрило извън кръвоносния съд, което може да бъде болезнено; полагат се всички усилия, за да се предотврати това.

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА СЪГЛАСИЕ И РАЗБИРАНЕ НА ПАЦИЕНТА

С настоящото желая и разрешавам на лекуващия ме лекар и/ или определени от него/ нея лица да извършат флуоресцеинова ангиография и такива допълнителни услуги, каквито смятат за необходими и разумни. Това съгласие ще бъде валидно, докато не го оттегля или състоянието ми се промени дотолкова, че рисковете и ползите от тази процедура за мен са значително различни.

Информирах лекаря си за всякакви алергии към храни, йод или лекарства, а също дали имам астма. Информирах лекаря си дали съм имал предишни нежелани преживявания с багрила за очни изследвания.

Интравенозен флуоресцеин обикновено не се прилага на бременни или кърмещи жени, въпреки че няма научни доказателства, според които той може да навреди на плода или кърмачета. Не съм бременна и не кърмя.

Съгласен съм горепосочените фотографии и други материали да се използват за научни цели, при условие че самоличността ми не се разкрива от снимките или описателния текст, който ги придружава.

Прочетох този формуляр за съгласие и го разбирам. Полагайки подписа си по-долу се съгласявам, че лекарят ми е отговорил на всички въпроси.

Подпис на пациента (или пълномощник)

Дата