ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ANGIOGRAFII FLUORESCEINOWEJ (AF)

Po dokładnej analizie Państwa choroby lekarz okulista zdecydował o wykonaniu AF czyli zdjęciach dna oka z użyciem dożylnym kontrastu(fluoresceiny).
Badanie to pozwoli na podjęcie przez lekarza decyzji co do wykluczenia niektórych chorób, przebiegu procesu chorobowego, konieczności i rodzaju dalszego leczenia.

Przed wyrażeniem zgody pacjent/przedstawiciel ustawowy został wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o procedurze wykonania AF, a także o najczęściej występujących powikłaniach, które mogą się pojawić w związku z użyciem kontrastu.

Najczęstszymi działaniami niepożądanymi są nudności i wymioty.
Do pozostałych należą:
- Reakcje alergiczne(bardzo rzadko mogące zakończyć się zgonem),w tym objawy takie jak: obrzęk twarzy, oczu lub języka, trudności w połykaniu, sapanie, pokrzywka i uogólniony świąd, wysypka, skurcze brzucha/bóle brzucha, nudności/wymioty, osłabienie, zdrętwienie rąk, nóg lub innych części ciała, utrata koordynacji, omdlenie, drgawki, trudności w oddychaniu, nagłe zaczerwienienie, dreszcze, bóle głowy, niskie ciśnienie tętnicze, ucisk lub uczucie ciężaru w klatce piersiowej.
- Obrzęk, ból lub zaczerwienienie w miejscu podania, co może być związane z uszkodzeniem tkanki.
Niektóre z wymienionych działań niepożądanych mogą być ciężkie i wymagać natychmiastowej pomocy medycznej.
Pacjent powinien pozostać pod obserwacją medyczną przez przynajmniej 30 minut po badaniu.

Jeżeli którykolwiek z tych objawów będzie ciężki, należy natychmiast powiedzieć o tym lekarzowi lub pielęgniarce.
Po podaniu *Fluoresceine Thea* skóra pacjenta przejściowo zżółknie. Barwa ta może się utrzymywać się
przez 12 godzin po podaniu *Fluoresceine Thea.*
Jasnożółte zabarwienie moczu może utrzymywać się przez 24 do 36 godzin po podaniu.
Jeżeli nasili się którykolwiek z objawów niepożądanych lub wystąpią jakiekolwiek objawy niepożądane i niewymienione w ulotce, należy powiadomić lekarza lub farmaceutę.

Pacjent oświadcza, że został poinformowany o tym co w/w oraz o przygotowaniu się do i po zabiegu
(dobry stan ogólny, wyrównany poziom cukru, insulina i inne leki, przekąski, osoby towarzyszące, transport).
Poinformowano mnie, że zatajenie lub przekazanie nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia, przebytych chorób(np. wstrząsu, alergii, astmy)traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody w czasie zabiegu.

W trakcie rozmowy z lekarzem/ami mam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.
Lekarz udzielił mi informacji i odpowiedzi na pytania w sposób jasny i zrozumiały.

Ja niżej podpisany/-ana oświadczam, że zapoznałem/-łam się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie angiografii fluoresceinowej (AF).