

## **AVVERTENZE PER L'ESECUZIONE IN SICUREZZA DELLA FLUORANGIOGRAFIA RETINICA IN SOGGETTI ALLERGICI**

La fluorangiografia viene eseguita mediante infusione endovenosa di un colorante, la fluoresceina sodica, che presenta un bassissimo tasso di tossicità e viene escreto essenzialmente per via renale. In caso di grave nefropatia (creatinine mia > 3.5 mg/ml) l'esame potrebbe essere controindicato o eseguito esclusivamente con il nulla osta del nefrologo.

Per poter eseguire l'esame è necessaria la dilatazione di entrambe le pupille con colliri midriatici, che determina la riduzione dell'acutezza visiva per alcune ore dopo l'esame: si raccomanda di **NON** guidare. Inoltre avrà cute ed urine di colore giallo fino all'eliminazione completa del farmaco.

L'inoculazione di questa sostanza può determinare reazioni di tipo allergico (fino allo shock anafilattico).

L'esame non necessita di ricovero ospedaliero.

Presentarsi digiuni il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ munito di impegnativa mutualistica o quesito diagnostico.

**Da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale**

<b>Risultano allergie ai farmaci e/o colliri? (specificare)</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Risultano allergie alimentari o ambientali?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Ipertensione arteriosa?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Diabete?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Cardiopatìa?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Malattie renali?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Malattie epatiche?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Asma bronchiale?</b>	<b>si</b>	<b>no</b>

**Nell'eventualità di possibili allergie si deve assumere la seguente terapia desensibilizzante:**

**IL GIORNO PRECEDENTE ALL'ESAME:**

- **DEFLAN 30 mg 1 cp mattino e sera**
- **OMEPRAZOLO 10 mg 1cp mattino e sera**
- **CLARITIN 10 mg 1 cp mattino e sera**

**IL GIORNO DELL'ESAME:**

- **DEFLAN 30 mg 1 cp mattino**
- **OMEPRAZOLO 10 mg 1cp mattino e sera**
- **CLARITIN 10 mg 1 cp mattino**

**NOTA BENE: l'incompleta o mancata assunzione della terapia preventiva 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 \_\_\_\_\_**