

Exploración angiofluoresceingráfica y con verde indocianina

Nº de Historia: _____

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar ANGIOGLUORESCEINGRAFÍA/ Y EXPLORACIÓN CON INYECCIÓN DE VERDE DE INDOCIANINA.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Conocer a fondo la situación de los tejidos del interior del ojo mediante la inyección de un contraste endovenoso y el análisis de su comportamiento, que es fotografiado y/o filmado.

Muchas enfermedades oculares tienen origen o repercusión vascular, y la inyección de colorantes en la circulación venosa nos permite realizar fotografías o vídeos y estudiar la circulación arterial y venosa en el fondo del ojo (retina y coroides) y en el iris. Se considera una técnica con especial interés en retinopatía diabética, determinadas enfermedades maculares (miopía, degeneración macular asociada a la edad, edemas o encharcamientos maculares), malformaciones, procesos inflamatorios, y algunos tumores.

La técnica se realiza en consulta, y consiste en la administración del colorante por vía intravenosa, precisando habitualmente de la instilación previa de colirios con el fin de dilatar la pupila. En algunos casos, dependiendo del colorante empleado, se recomendará evitar la exposición solar el día de realización de la prueba.

La prueba se efectúa con un colorante denominado Fluoresceína, aunque también puede utilizarse otro, denominado Verde de Indocianina.

Se trata de una técnica diagnóstica, no de tratamiento, pero que permite la posible indicación de un tratamiento posterior.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Conocer exactamente las características de la enfermedad que padece el paciente, y conocer el grado de desarrollo que ha llegado a adquirir la enfermedad en cada caso. Ello permite en una segunda fase planificar con exactitud el tratamiento que debe aplicarse.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, en la mayoría de los casos no existe otra prueba alternativa. La no realización de la prueba puede ser una alternativa, si bien ello impide en ocasiones el adecuado conocimiento de la enfermedad y su situación con la imposibilidad de planificar el tratamiento.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Durante unas horas tendremos una coloración amarillenta.

El colorante se elimina por la orina por lo que ésta estará coloreada durante unas horas.

Suele ser recomendable no exponerse excesivamente a la luz solar en las primeras 24 horas tras la prueba.

El conocimiento más exacto y completo de la enfermedad que afecta al paciente. En ocasiones es el único modo de saber cuál es el diagnóstico de la enfermedad, planificar el tratamiento y etiquetar adecuadamente su evolución, ya que muchas enfermedades tienen distintos tipos de tratamiento según el grado evolutivo que presentan.

Si no se realiza la prueba, podemos desconocer la situación real de la enfermedad y en algunos casos no seremos capaces de hacer un diagnóstico correcto, lo que puede impedir aplicar el tratamiento idóneo.

Toda prueba comporta algún tipo de riesgo. En este caso hay que tener presente:

A nivel local: son las comunes a cualquier inyección intravenosa, tales como la extravasación del colorante, tromboflebitis.

A nivel general pueden presentarse complicaciones como náuseas, vómitos, mareos, urticaria.

El paciente adquiere durante 12 horas aproximadamente un color amarillento de la piel y mucosas así como un color más amarillo y cargado en su orina.

En casos excepcionales se puede producir un Shock anafiláctico por alergia desconocida al colorante inyectado. Reacciones de alergia o intolerancia al colorante graves, como convulsiones, edema de laringe, etc., existiendo un remotísima posibilidad de fallecimiento por parada cardiorrespiratoria.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.)son: _____

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales y oculares que pudieran contraindicar la prueba, se ha considerado que ésta es la exploración más adecuada, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la exploración que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la prueba a realizar sea el más definitivo.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la **ANGIOFLUORESCINGRAFÍA/EXPLORACIÓN CON INYECCIÓN DE VERDE DE INDOCIANINA**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado