



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANGIOGRAFÍA CON FLUORESCÉINA

La angiografía es un procedimiento diagnóstico en el que se toma una secuencia rápida de fotografías para documentar la circulación de la sangre de la retina/la coroides de su ojo. El medio de contraste llamado fluoresceína, se inyecta generalmente en una vena del brazo, el antebrazo o la mano.

Debido a que la fluoresceína es de color amarillo muy brillante, la piel puede adquirir un tono amarillento por algunas horas. Después este color desaparece. El colorante se elimina por el riñón lo que hace que la orina adquiera un color amarillo brillante durante 24 a 36 horas.

Las reacciones adversas documentadas a los colorantes utilizados en el medicamento inyectado incluyen: fatiga, náusea, vómitos, dolor de cabeza, malestar estomacal, sensación de desvanecimiento, desmayos, erupciones y picor en la piel.

Raras veces (10%) se presentan reacciones alérgicas severas (anafilaxis) o broncoespasmos (que dificulta la respiración) que pueden poner en peligro la vida.

Puede haber un escape del colorante de fluoresceína del vaso sanguíneo en el sitio de la inyección y esto puede ser doloroso. Se procura por todos los medios que esto no ocurra.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL PACIENTE

Por el presente documento autorizo al Dr. _____ y/o a las personas por el designadas a realizar el estudio que antecede (Angiografía con fluoresceína) y maniobras medicas (eventualmente necesarias) relacionadas con dicho estudio al pie del presente documento.

He informado a mi médico de cualesquiera alergias a alimentos, al yodo o a los medicamentos. He informado a mi médico si tengo asma. He informado a mi médico si he tenido experiencias adversas previas con agentes colorantes oftálmicos.

Por lo general, no se suministra fluoresceína intravenosa a mujeres embarazadas o en período de lactancia, aunque no hay evidencia científica que sugiera que esto podría ser nocivo para el feto o para los lactantes. No estoy embarazada ni estoy lactando un bebé.

Acepto el uso de las fotografías y demás materiales que aparecen arriba para propósitos científicos en el entendimiento de que mi identidad no será revelada por las fotografías ni por el texto descriptivo que las acompaña.

He leído este formato de consentimiento. Entiendo su contenido. Mis preguntas, si las ha habido, han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del Paciente (o Persona Autorizada para Firmar)

Fecha

Firma del Médico

Fecha

Firma del Testigo

Fecha