



Centro de Ojos San Isidro

ANGIOGRAFIA DIGITAL

Nombre del médico: Técnica SILENZI GABRIELA

Fecha establecida del estudio: _____ Hora establecida del estudio: _____

Este es el nombre del estudio que le fue indicado por el médico. Se trata de un estudio que se efectúa diariamente a miles de pacientes en el mundo.

El estudio consiste en tomar una serie de fotografías del fondo de ambos ojos, es un procedimiento diagnóstico en el que se obtienen imágenes de la retina para documentar la circulación de la retina y/o coroides.

Para ello debe inyectarse previamente una sustancia llamada fluoresceína, a través de una vena del brazo, el antebrazo o la mano.

La inyección se realiza mediante una aguja muy fina, que no le ocasionará molestias.

Al finalizar el estudio, su piel y su orina adquirirán un color amarillento, que persistirá durante aproximadamente 24 a 36 horas.

No debe preocuparse por ello.

Es importante que no se efectúe ningún análisis de sangre u orina durante los días subsiguientes al estudio.

Menos del 0.2% de los pacientes experimentan efectos colaterales. Si usted en alguna oportunidad los ha experimentado no dude en preguntar a su médico o a quien realizará el estudio respecto a qué se puede hacer para evitarlo.

Muy importante:

Deberá realizar un Test de Provocación controlada (Test de Alergia) y presentarlo el día del estudio. El mismo tiene una vigencia de 6 meses desde la fecha de realización y siempre queda en manos del paciente. No puede realizarse el estudio sin el comprobante del Test. Su agudeza visual disminuirá transitoriamente por la dilatación.

Preparación:

Concurra con 3 horas de ayuno y siempre acompañado

- Colocar FOTORRETIN COLIRIO, 1 gota cada 15 minutos, 1 hora antes de realizar el estudio.
- Si usa lentes de contacto asegúrese de llevarlos consigo para colocárselos después de colocada la última gota, ya que con ellos mejora la calidad de las imágenes.

CONSENTIMIENTO:

Habiendo tomado conocimiento informado de la práctica y/o estudio a realizármese, como así también de sus posibles consecuencias, presto mi consentimiento para su realización autorizando al Dr. _____ a administrarme fluoresceína y/o indocianina para realizar el angiograma correspondiente.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____