

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A fluorescein angiographia (FLAG)		
Változat: 02	Készült: 2013.05.08.	1.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2013.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./SZ./03.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ száma:

A beavatkozás célja:

Az érrendszerbe speciális festékanyagot (fluoresceint) juttatunk. Amikor a fluorescein megjelenik az ideg- és érhártya ereiben speciális kamera segítségével, felvételeket készítünk a szemfenékről. Ez a vizsgálat értékes felvilágosítást nyújthat az ideg- és érhártya érbetegségeinek (cukorbetegség, embólia, thrombosis), gyulladásos betegségekben, a látóidegfő elváltozásaiban, valamint a szemgolyó daganatai esetén.

A szemfenék laser kezelése előtt is nélkülözhetetlen.

A vizsgálat menete:

A vizsgálat éhgyomorra történik, pupillatágítás mellett. A festékanyagot a könnyökvénába fecskendezzük. A befecskendezés után 5 másodperccel készítjük az első felvételt, az utolsót a 10. percben.

Alternatív megoldás:

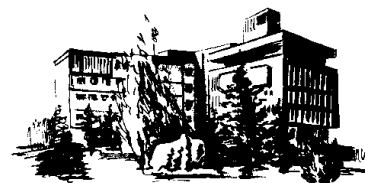
Nincs.

Szövődmény lehetőségei:

Hányinger, ritkán allergiás reakció.

Tanácsok:

A fluorescein a bőrt sárgára, és a vizeletet sötétbarnára festi átmenetileg.



Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A fluorescein angiographia (FLAG)		
Változat: 02	Készült: 2013.05.08.	2.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2013.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./SZ./03.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beleegyezési nyilatkozat

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....
a felvilágosítást végző személy

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elmaradása által nehezebbé válik egy adott betegség felismerése, nyomon követése, és az optimális kezelés megválasztása.

.....
a felvilágosítást végző személy

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....
aláírás

2. Tanú:.....
aláírás

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!