

## Fluorescenční angiografie – FAG

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o fluorescenční angiografii FAG. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je fluorescenční angiografie:

Fluorescenční angiografie je fotografická angiografická metoda, která není založena na ionizujícím záření. Po nitrožilní aplikaci kontrastní látky-roztoku fluoresceinu většinou do žíly na ruce nebo paži je zhotoven rychlý sled fotografií pomocí speciální kamery.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem je zobrazení cévního zásobení sítnice, živnatky, terče zrakového nervu nebo duhovky. Metoda se používá při podezření na nedostatečně okysličení sítnice a tvorbu patologických cév sítnice z různých příčin, při podezření na tvorbu patologických cév živnatky zapříčiněné různými onemocněními (např. věkem podmíněnou degenerací sítnice). Zákrok se používá nejen k diagnostice, ale také při plánování postupu laserového ošetření sítnice.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Příprava spočívá v rozšíření zornic očními kapkami a nitrožilním podání protialergického léku.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Zákrok probíhá ambulantně, po výše uvedené přípravě se provede sled fotografií pomocí speciální kamery. Vyšetření neomezuje v běžném způsobu života.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Vedlejší účinky kontrastní látky fluoresceinu:

- pocit na zvracení, zvracení, kopřivka, anafylaktická reakce (velmi vzácná)
- únik kontrastní látky mimo žílu do mimobuněčného prostoru v místě injekce může způsobit místní nekrózu – odumírání tkáně
- 24 až 48 hodin po vyšetření tmavé zbarvení moče, žluté zbarvení bělma a kůže

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po vyšetření nejsou nutná žádná zvláštní opatření.

**Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

U větším podmíněné degenerace sítnice je alternativní možností vyšetření pomocí optické koherentní tomografie (OCT).

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře