

**1. ¿Qué es?** Es una técnica diagnóstica para 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 videos 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.

**2. ¿Cómo se realiza?** 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. La prueba se efectúa con un colorante denominado fluoresceína, aunque también puede utilizarse otro, denominado verde de indocianina. En algunos casos, dependiendo del colorante empleado, se recomendará evitar la exposición solar el día de realización de la prueba

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

- **Frecuentes (más del 10%):** a nivel local extravasación del colorante, tromboflebitis. A nivel general pueden presentarse complicaciones náuseas, mareos, urticaria.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** 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 una remotísima posibilidad de fallecimiento por parada cardiorrespiratoria.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** durante unas horas tendrá una coloración amarillenta. El colorante se elimina por la orina por lo que ésta estará coloreada en las primeras 24 horas tras la prueba. Conocer cuál es el diagnóstico de la enfermedad, planificar el tratamiento y etiquetar adecuadamente su evolución.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** se puede desconocer la situación real de la enfermedad y en algunos casos no se podrá hacer un diagnóstico correcto, lo que puede impedir aplicar el tratamiento idóneo.

**6. Alternativas:** 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.

**7. Riesgos en función de su situación:** las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

*En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*