

## TERMO DE CONSENTIMENTO

### Para **EXAME DE ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA**

## PROCEDIMENTO PROPOSTO

O médico me explicou que **Eu**, \_\_\_\_\_  
Estou apresentando uma condição clínica no meu olho \_\_\_\_\_ que necessita de investigação e solicitou a realização do exame **ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA**.

## DESCRIÇÃO

A Angiografia Fluoresceínica é um exame em que se injeta um contraste leve (fluoresceína 10%) através de punção venosa no antebraço, para se obter imagens de estruturas no fundo do olho. Tais imagens são obtidas através de um aparelho denominado retinógrafo que dispara um “flash” e fotografa o fundo do olho em diversas fases da circulação do contraste na rede vascular do olho. Tal procedimento serve para avaliar, documentar e diagnosticar alterações patológicas do olho, o que possibilita uma melhor orientação terapêutica.

## RISCOS E COMPLICAÇÕES

Estes são os riscos mais comuns. Pode haver outros riscos infrequentes que não foram listados aqui. Por favor, pergunte ao seu oftalmologista sobre as dúvidas gerais ou específicas relacionadas ao exame.

- Se o contraste extravasar durante a aplicação, o paciente sentirá uma sensação de queimadura. Esta sensação geralmente desaparece em poucos minutos, enquanto o contraste desaparecerá em alguns dias.
- As reações leves mais comuns são náuseas e vômitos.
- Raramente ocorrem reações moderadas com síncope e/ou urticária.
- São extremamente raras reações graves como choque ou edema de glote. Caso isto ocorra, a equipe de atendimento se encontra capacitada e pronta para atender estas ocorrências.
- Após o exame o paciente deverá permanecer em observação por 30 minutos. A liberação só ocorrerá após avaliação e orientação do profissional responsável pela realização do exame.
- Reações como pele amarelada e urina escurecida podem ocorrer após a aplicação do contraste, porém desaparecem em poucos dias.
- Recomenda-se, após o exame, que o paciente faça ingestão de grande quantidade de líquidos para auxiliar na eliminação do contraste.
- Recomenda-se que o paciente não dirija qualquer veículo até 4 horas após o exame.
- A urina ficará de cor laranja esverdeada devido à eliminação do corante, porém em cerca de um dia voltará ao normal.

## RISCOS ADICIONAIS IDENTIFICADOS PELO MÉDICO

O médico me informou que, além dos riscos já mencionados, existem os seguintes **riscos adicionais possíveis e complicações específicas** relacionados com a minha pessoa (registrados pelo oftalmologista):

**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**Para**  
**EXAME DE ANGIOGRAFIA**  
**FLUORESCENTE**

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

- Declaro que recebi informações e esclarecimentos sobre o procedimento e o Termo de Consentimento
- Declaro que li atentamente e entendi as informações no Termo de Consentimento.
- Declaro que fui perguntado, antes do procedimento, sobre a tendência e/ou histórico de reação alérgica a qualquer substância.
- Declaro que caso ocorra algum acidente com agulha ao profissional durante o procedimento, dou permissão para ser coletado sangue para exame de doenças infecciosas, como Hepatite B e C, e HIV.
- Declaro que entendi os riscos relacionados ao procedimento e AUTORIZO a realização do exame de angiografia fluoresceínica.

\_\_\_\_\_ Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 200  
Assinatura do Paciente

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Carteria de Identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

- Declaro que expliquei as eventuais consequências da realização do exame que será realizado, e esclareci os riscos específicos relacionados com a condição do paciente.
- Dei ao paciente a oportunidade de perguntar sobre o exame e respondi a todas elas.

\_\_\_\_\_ Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 200  
Assinatura do Médico – Cremers: