



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ANGIOGRAFIA / ANGIOGRAFIA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

Azterketa honen oinarria da begi-hondoaren argazkiak ateratzea; horretarako, aurretik, besoko zain batean koloratzaile bat (fluoreszeina) injektatzen da.

Angiografia da zenbait gaixotasun diagnostikatzeko bide bakarra; eta, batzuetan, begi-hondoaren egoera ere baloratzeko, laser bidezko fotokoagulazioa egin baino lehen.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Azterketa hau ondo toleratzen da, oro har, baina, ondorio kaltegarriak ere gerta daitezke, hala nola: ziztaguneko mina, koloratzailea zainetik ateraz gero; goragalea edo gonbitoak; eta zorabioa (konortea ere galduta batzuetan).
- Erreakzio larriak oso-oso bakanak dira, eta ezustean azal daitezke. Arriskua handiagoa da alergikoa izanda, arnas-aparatuko edo bihotzeko gaixotasun larriak badago, eta zenbait medikamentu hartuz gero (batez ere, hipertentsiorako eta bihotzerako).
- Inoiz, ezustean, shock larria gerta daiteke, hilgarria ere izan daitekeena, nahiz eta arreta guztia jarrita egon. Horrelakorik azterketan zehar, edo jarraian gerta daiteke; beraz, proba bukatu ondoren gelan egon beharko duzu, 30 bat minutuz.

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

Esta exploración consiste en tomar fotos de su fondo de ojo tras haber inyectado un colorante (fluoresceína) en una vena del brazo.

La angiografía es un medio irremplazable para el diagnóstico de ciertas enfermedades del ojo y, a veces, para valorar el estado del fondo de ojo antes de fotocoagular con láser.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Esta exploración es generalmente bien tolerada pero pueden ocurrir efectos indeseables como: dolor en la zona del pinchazo si el colorante se sale fuera de la vena, náuseas o vómitos y mareo incluso con pérdida de conocimiento.
- Las reacciones graves son muy infrecuentes y pueden aparecer de forma imprevisible. Ese riesgo aumenta si usted es alérgico, si padece alguna enfermedad cardíaca o respiratoria importante y si toma algunos medicamentos (sobre todo algunos para la hipertensión y el corazón).
- Excepcionalmente, puede aparecer de forma imprevisible, un shock grave e incluso mortal, a pesar de tomar todas las precauciones. Esto puede ocurrir durante el examen o poco después, por lo que se aconseja esperar en la sala unos 30 minutos después de terminada la prueba.



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:**  
**Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:**

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha