

## SILMAPÕHJA FLUORESTSENTSANGIOGRAAFILINE UURING

Angiograafilisel uuringul tehakse silmapõhjust mõne minuti vältel röntgenülevõtteid, et kaardistada silma võrkkest ja avastada erinevaid võimalikke patoloogilisi protsesse: veresoonte haiguslikke muutusi, verevalumeid, turseid ja uudismoodustisi.

Uuringul süstitakse Teie käsivarre veeni värvainet fluorestsini, mis vereringe kaudu jõuab silmapõhja veresoontesse ja toob välja võimalikud haiguskolded silmapõhjades.

**Fluorestsini** on erkkollane värvaine, seetõttu muutub Teie nahk mõneks tunniks kollakaks. Värvaine väljub organismist ainevahetuse käigus läbi neerude, põhjustades uriini erkkollase värvuse 24–36 tunniks.

### Sagedasemad kõrvaltoimed:

- väsimus
- iiveldus, südamepööritus, oksendamine
- peavalu, hajameelsus, minestamine
- maoärritus
- sügelus ja lööve

### Harvaesinevad kõrvaltoimed:

- veenikanüül on nihkub paigast või tekib veeniseina rebend, mistõttu värvaine lekib veresoontest naha aluskudedesse – soovitame kasutada süstekohal kompressmähist paari päeva jooksul;
- eluohtlik allergiline reaktsiooni (anafülaktiline šokk) või hingamisraskused allergilisest reaktsioonist bronhides.

Veenisisest fluorestsini ei manustata tavaliselt rasedatele naistele või imetavatele emadele, kuigi puudub teaduslik alus, et see võiks kahjustada loodet või rinnapiima kaudu imikut.

**NB! Teavitage raviarsti, kui Teil on varasemalt esinenud kõrvalnähte uuringuvärvainete manustamise tõttu.**

### **Protseduuri eelselt**

- Tulge protseduurile eelnevalt kokkulepitud ajal, soovitame kasutada mugavat, käsivarrele juurdepääsu võimaldavat riietust.
- Tarvitage tavapäraselt kõiki Teile määratud ravimeid, nt vererõhuravimeid jms; diabeedi korral manustage insuliini ja muid ravimeid vastavalt tavarežiimile.

### **Protseduuri ajal**

- Protseduur kestab koos ettevalmistusega kuni 1,5 tundi.
- Silma tilgutatakse pupille laiendavaid silmatilkasid, seetõttu silmade valgustundlikkus suureneb ja lugemisnägemine on häiritud 24 tundi.
- Käsivarre veeni pannakse veenikanüül ja manustatakse värvaine, süstimise hetkel võite tunda kerget iiveldustunnet, mis koheselt möödub.
- Protseduuri ajal istute silmafotoparaadi taga ning vaatate arsti poolt palutud suunda. Manustatud värvaine tõttu võib kastutav ere valgus olla häiriv, kuid see on vajalik pildistamiseks.

### **Protseduuri järgselt**

- Normaalse enesetunde taastudes eemaldatakse veenikanüül.
- Arst annab Teile kokkuvõtte uuringu tulemustest ja vajadusel koostab raviplaani.
- Uuringujärgselt ei ole 24 tunni jooksul soovitatav autojuhtimine. Ohutuks kojujõudmiseks kutsuge endale keegi vastu või tellige takso.

Patsiendiõpetuse on kooskõlastanud silmakirurgia keskus (2021).

## TEAVITATUD NÕUSOLEK SILMAPÕHJA FLUORESTSENTSANGIOGRAAFILISEKS UURINGUKS

Palume vastata järgnevatele küsimustele, et saaksime arvestada lisanduvate riskifaktoritega ja võimalusel riski vähendada.

### Kas Te teate või Teil on viiteid kohta, et Teil on/ oli mõni järgnevatest tervisehäiretest:

- allergia ehk ülitundlikkus (ravimid, toiduained)  Jah  Ei  
esinevad allergiad: .....
- neerufunktsiooni häired, neerupuudulikkus  Jah  Ei  
südamehaigused (rütmihäired, infarkt)  Jah  Ei  
kõrgvererõhutõbi ehk hüpertoonia  Jah  Ei  
suhkurtõbi ehk diabeet  Jah  Ei  
vere hüübimishäired, verdvedeldavad ravimid  Jah  Ei

- Olen tutvunud silmapõhja fluorestsentsangiograafilise uuringu infolehega ja selgitused uuringuprotseduuri kohta on mulle arusaadavad.
- Minu silma hetkeseisundit ja eelseisvat protseduuri on mulle põhjalikult kirjeldatud ja uuringuprotsess on mulle arusaadav.
- Minu küsimustele fluorestsentsangiograafilise uuringu protseduuri kohta on vastatud täielikult ja minule arusaadaval viisil.
- Olen informeerinud arsti kõikidest endale teadaolevatest allergiatest ravimite ja desinfektsiooniainete suhtes, varasematest vastureaktsioonidest uuringul kasutatavatele värvainetele ning oma tervislikust seisundist.
- Nõustun ettenägematu, alles protseduuri käigus vajalikuks osutuva kavandatud menetluse muutmise või täiendamisega.
- Annan nõusoleku oma silmapõhja fotode kasutamiseks teaduslikel eesmärkidel ja tingimusel, et minu identiteeti ei avaldata fotode või haigust kirjeldava dokumentatsiooni kaudu.

\_\_\_\_\_

patsiendi/eestkostja nimi

\_\_\_\_\_

allkiri

\_\_\_\_\_

kuupäev

\_\_\_\_\_

arsti nimi

\_\_\_\_\_

allkiri

\_\_\_\_\_

kuupäev