

## DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA ANALGESIA/ANESTESIA PERIDURALE e/o SPINALE PER IL PARTO e TAGLIO CESAREO

(IN ACCORDO AL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DEL DICEMBRE 2006 CAPO IV ART 33-34-35-36-37-38, ALLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO E LA BIOMEDICINA DEL CONSIGLIO D'EUROPA DEL 4/04/1997, CAPITOLO II, ART. 5-6-8-15, ED ALLE RACCOMANDAZIONI DELLA COMMISSIONE BIOETICA DELLA SIAARTI, SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA)

### Io sottoscritta

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>Nata a</b>		<b>il</b>	

in vista del parto naturale e/o cesareo, dichiaro di essere stata informata in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dr.

sul tipo di analgesia e/o anestesia a cui sarò sottoposta e sulle tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali e, dopo aver preso in considerazione le eventuali alternative,

**ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO  ANALGESICO  ANESTESILOGICO CON LA SOMMINISTRAZIONE DI ANESTETICI LOCALI, NARCOTICI, E/O ALTRI FARMACI NELLO SPAZIO  PERIDURALE  SPINALE  COMBINATA**

Inoltre acconsento alle procedure invasive e non invasive che saranno necessarie per il tipo di trattamento analgesico/anestesiologico e chirurgico a cui sarò sottoposta, *più appropriate alla mia situazione* e che consistono in (scrivere *NESSUNA* o *specificare*):

Sono stato informata che il trattamento analgesico/anestesiologico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi sono state spiegate, potrebbe essere modificato. Autorizzo il Medico Anestesista ad effettuare tutte le terapie, le manovre e le procedure di emergenza ed a prendere tutti i provvedimenti che si rendessero necessari per la mia sicurezza. Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni di salute mi collocano nelle classi funzionali ASA e NYHA, rispettivamente:

<b>ASA</b>	I	II	III	IV	V	<b>NYHA</b>	I	II	III	IV	<b>URG</b>	SI	NO
------------	---	----	-----	----	---	-------------	---	----	-----	----	------------	----	----

(barrare la casella relativa)

e che il rischio per il trattamento analgesico/anestesiologico finalizzato al trattamento (parto/taglio cesareo) al quale io sarò sottoposta è

**NORMALE**  **AUMENTATO**

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è generalmente molto sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, anche se attuata con diligenza, prudenza e perizia, può comportare ancora oggi in rarissimi casi complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico. Mi ritengo adeguatamente informato e non desidero ricevere ulteriori informazioni.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, mi sono state spiegate ed ho compreso quelli che sono gli effetti collaterali e le potenziali complicanze del trattamento anestesiologico ed analgesico e che, anche se rare ed eccezionali, sono comunque riportate nella letteratura medica e consistono in:

<b>EFFETTI COLLATERALI e POTENZIALI COMPLICANZE</b>	<b>FREQUENZA</b>
<i>Ipotensione (pressione arteriosa bassa)</i>	10-40/100
<i>Dolore alla schiena (lombalgia) della durata di alcuni giorni</i>	13/100
<i>Rialzo termico transitorio &gt; 38°C</i>	7-36/100
<i>Vomito, nausea transitori</i>	5/100
<i>Insufficiente e non adeguato controllo del dolore</i>	1-3/100
<i>Cefalea post-puntura durale</i>	0,2-3/100
<i>Lesioni neurologiche periferiche transitorie</i>	1/5.000
<i>Rapido assorbimento degli anestetici locali che potrebbero produrre convulsioni, coma</i>	0,06/10.000
<i>Anestesia spinale totale e/o Arresto respiratorio e cardiaco (richiede trattamento rianimatorio d'urgenza)</i>	0,06/10.000
<i>Infezione (meningite) ed ascesso peridurale/spinale che potrebbe richiedere trattamento chirurgico</i>	1/145.000
<i>Coagulo di sangue (ematoma) compressivo midollare che potrebbe richiedere trattamento chirurgico</i>	1/180.000
<i>Lesioni neurologiche periferiche persistenti</i>	1/250.000

Infine mi è stato spiegato ed ho compreso che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti prevedibili complicanze aggiuntive che consistono in complicanze di tipo:

**NESSUNA**  **CARDIOVASCOLARE**  **RENALE**  **RESPIRATORIO**  **NEUROLOGICO**  **METABOLICO**  **ALTRO**

e che posso inoltre essere esposto/a ai seguenti rischi aggiuntivi (scrivere *NESSUNA* o *specificare*)

Sono stata anche informata che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria  **E' PREVISTO** il mio ricovero in Terapia Subintensiva;  **NON E' STATO PREVISTO** il mio ricovero in Terapia Subintensiva e qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto. Dichiaro di  **AVERE**  **NON AVERE** dato il consenso, in caso di necessità e nell'eventuale impossibilità di recuperare il mio sangue, a trasfusioni di Sangue e/o Emoderivati Omologhi (da donatore) - Plasma, Plasma Fresco Congelato, Concentrati Piastrinici, Albumina - e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale. Dichiaro, inoltre, di  **AVERE**  **NON AVERE** dato il consenso all'analgesia post-operatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici per via:

OS  RETTALE  INTRAMUSCOLARE  ENDOVENOSA  PERIDURALE  PERINEURALE

AUTORIZZO IL MEDICO ANESTESISTA A COMUNICARE NOTIZIE RELATIVE AL MIO STATO DI SALUTE A (scrivere NESSUNO o specificare):

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO** la registrazione e l'utilizzazione, a scopo didattico e/o scientifico, dei dati od altra documentazione che si dovessero acquisire nel corso delle indagini e/o dell'intervento, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675 del 31.12.1996 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:**

- Dichiaro di aver letta o che mi è stata letta la dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'analgesia/anestesia, di aver ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti analgesici/anestesiologici che verranno adottati prima, durante e dopo l'intervento.
- Dichiaro di aver discusso con l'anestesista gli effetti collaterali e le potenziali complicanze generiche e quelle specifiche per il mio caso e che le ho prese in debita considerazione nel decidere di essere sottoposta al trattamento analgesico/anestesiologico concordato.
- Dichiaro di accettare le procedure analgesiche/anestesiologiche concordate necessarie al mio caso e confermo di aver avuto risposte esaurienti, chiare e comprensibili a tutte le mie domande.
- Dichiaro che mi è stato spiegato che il medico anestesista assolverà i propri doveri professionali con diligenza, prudenza e perizia al fine di garantire il raggiungimento del risultato auspicato, confidando al contempo nell'adempimento preciso degli stessi obblighi da parte degli altri medici dell'equipe chirurgica.

**FIRMA DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE**  
(leggibile)

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO ANESTESISTA CHE HA FORNITO INFORMAZIONI AI FINI DEL CONSENSO:**

- Dichiaro di aver spiegato la natura, le caratteristiche, gli effetti collaterali e le potenziali complicanze relative al tipo di anestesia/analgesia che sarà praticata.
- Dichiaro di aver dato la disponibilità alla paziente di fare domande e di aver fornito risposte esaurienti, chiare e comprensibili.

**FIRMA DELL'ANESTESISTA**  
(leggibile)

**FIRMA DEL TESTIMONE**  
(leggibile)

**LUOGO**

**DATA**