

## DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

In vista di:  intervento chirurgico  
 procedura diagnostica/terapeutica: \_\_\_\_\_

Proposto per:

me stesso  nostro figlio minore  mio amministrato:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

- Dichiaro di aver letto o che mi sono state lette le informazioni sull'anestesia, di avere ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesiológicos che verranno adottati prima, durante e dopo l'intervento.
- Dichiaro di avere discusso con l'anestesista gli effetti collaterali, le potenziali complicanze generiche e specifiche possibili per il mio caso e che le ho prese in debita considerazione nel decidere di accettare il trattamento anestesiológico concordato.
- Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni cliniche mi collocano nella classe di rischio ASA (\*Vedi "Informazioni sull'anestesia").
- Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è generalmente sicura e che esiste un rapporto beneficio/rischio attuale favorevole. Tuttavia tale pratica può comportare ancora oggi, in rarissimi casi, complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico, anche se attuata con diligenza, prudenza e perizia.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, mi sono stati spiegati, ed ho compreso gli effetti collaterali e le potenziali complicanze del trattamento anestesiológico. in particolare essi comprendono:

COMUNI (frequenza 1/10 - 1/100)

- Dolore e/o arrossamento (ecchimosi, ematoma, flebite) nel sito di infusione
- Nausea o vomito, mal di gola, secchezza della bocca e difficoltà transitoria nel parlare (disfonia)
- Mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista transitori
- Coaguli e trombi nei vasi sanguigni delle gambe
- Lesioni nervose periferiche transitorie (4-6 settimane, max 1 anno)
- Stato confusionale e/o alterazioni della memoria transitori soggetti anziani
- Abrasioni degli occhi che possono causare dolore e richiedere trattamento locale

MENO COMUNI (Frequenza 1/1000 - 1/5000)

- Dolori muscolari transitori
- Problemi ad urinare (necessità di catetere vescicale)
- Infezione delle vie respiratorie (più frequentemente nei fumatori)
- Lesioni ai denti, lingua, labbra
- Lesioni ai nervi nelle zone soggette ad a pressione o appoggio
- Ricordo dell'evento chirurgico durante anestesia ( in corso di alcuni interventi ed in alcune situazioni di emergenza)

RARE (Frequenza 1/10000 - 1/30000)

- Lesioni vie aeree superiori ( laringe, trachea)
- Reazioni allergiche gravi e/o asma bronchiale
- Crisi epilettiche e convulsioni
- Lesioni nervose periferiche persistenti

MOLTO RARE (Frequenza 1/100000 - 1/200000)

possono causare danno neurologico permanente o decesso

- Ostruzione delle vie aeree che non può essere controllata facilmente (es: inalazione di vomito nei polmoni)
- Sensibilità a carattere ereditario dei muscoli (ipertermia maligna) a particolari sostanze anestetiche
- Ematoma (raccolta di sangue) del midollo spinale
- Infezione del midollo spinale
- Infarto cardiaco, infarto cerebrale ed infezione polmonare possono manifestarsi più frequentemente nelle persone ipertese, diabetiche, con malattie renali o con malattie polmonari (asma, bronchite cronica, sindrome influenzale importante)

Le complicanze possono verificarsi più frequentemente nei pazienti fumatori e/o obesi.

- Mi ritengo adeguatamente informato/a e non desidero ricevere ulteriori informazioni

Infine ho compreso che le mie condizioni generali di salute espongono maggiormente alle seguenti possibili complicanze aggiuntive

- NESSUNA                       CARDIOVASCOLARE                       RENALE
- RESPIRATORIA                       NEUROLOGICA                       METABOLICA
- ALTRO.....

Sono stato informato/a che il trattamento anestesilogico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi verranno spiegate, potrebbe essere modificato.

Sono stato/a informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza post-operatoria

È' PREVISTO     NON È' STATO PREVISTO

il ricovero in Terapia Intensiva, ma qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto.

Ho ben compreso le informazioni espresse in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dr. \_\_\_\_\_

sul tipo di anestesia proposto e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali, comprese le eventuali alternative e sulla analgesia post-operatoria proposta.

Inoltre acconsento alle procedure invasive e non invasive che saranno necessarie per il tipo di trattamento anestesiologicalo e chirurgico a cui sarò sottoposto, più appropriate alla mia situazione.

**DICHIARO DI ACCETTARE LE PROCEDURE PROPOSTE, ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DEL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO:**

Firma del/la paziente/genitore/amministrato \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Firma dell'interprete (se necessario) \_\_\_\_\_

Firma e timbro dell'anestesista \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

NOTA:

l'eventuale revoca del consenso deve essere tassativamente annotata in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) e debitamente firmata dall'interessato/a.