Piccole Figlie Hospital

Piccole Figlie Hospital srl – Via Po, 1 – 43125 Parma
Direttore Sanitario Dr. Giorgio Bordin

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a ..... il .....

In vista dell'intervento chirurgico proposto per ❑ **ME STESSO** o per ❑ **MIO/A FIGLIO/A**

.....

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dr. .....

Sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto/a, più appropriato alla mia situazione, e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali e, dopo aver preso in considerazione le eventuali alternative

0687 - 20 HPF

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO CONCORDATO CHE SARÀ

.....

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

.....

Sono stato informato/a che il trattamento anestesiologico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi sono state spiegate, potrebbe essere modificato. Autorizzo il medico anestesista rianimatore ad effettuare, in corso di intervento, tutte le terapie, le manovre e le procedure di emergenza e a prendere tutti i provvedimenti che si rendessero necessari per la mia sicurezza.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informata che le mie condizioni di salute mi collocano nelle classi funzionali ASA:

❑ **ASA 1** Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica

❑ **ASA 2** Malattia sistemica lieve correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico
(Esempio: bronchite cronica; obesità moderata; diabete controllato; infarto del miocardio di vecchia data; ipertensione arteriosa moderata)

❑ **ASA 3** Malattia sistemica severa ma non invalidante correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico
(Esempio: cardiopatia ischemica con angor; diabete insulino dipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata)

❑ **ASA 4** Malattia sistemica grave con prognosi severa che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento. *(Esempio: insufficienza cardiaca severa; angina instabile;aritmie refrattarie al trattamento; insufficienza respiratoria, renale, epatica ed endocrina avanzata)*

e che il rischio relativo al trattamento anestesiologico finalizzato all'intervento chirurgico al quale sarò sottoposto/a 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 stati spiegati ed ho compreso quali che sono gli effetti collaterali e le potenziali complicanze del trattamento anestesiologico.

In particolare esse comprendono:

EFFETTI COLLATERALI E POTENZIALI COMPLICANZE	***FREQUENZA***
COMUNI • Dolore e/o arrossamento nel sito di infusione • Nausea o vomito, mal di gola e/o secchezza della bocca, difficoltà transitoria nel parlare (disfonia) • Mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista transitori • Dolori e mal di schiema, debolezza e/o stanchezza transitori • Prurito e brivido transitori • Coaguli e trombi nelle 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 topico	1/10 1/100
MENO COMUNI • Dolori muscolari transitori • Problemi per urinare (necessità di catetere vescicole) • Infezioni delle vie respiratorie (fumatori) • Lesioni ai denti, lingua e labbra • Lesioni ai nervi nelle aree soggette a pressione ed appoggio • Ricordo dell'evento chirurgico durante anestesia (in corso di alcuni interventi chirurgici ed in alcune situazioni di emergenza)	1/1000 1/5000
RARE • Lesioni delle via aeree superiori (laringe, trachea, polmoni) • Reazioni allergiche gravi e/o asma bronchiale • Crisi epilettiche e convulsioni • Lesioni nervose periferiche permanenti	1/10000 1/30000
MOLTO RARE Queste possono provocare danno neurologico permanente e decesso • Blocco ed ostruzione delle vie aeree che potrebbero non essere controllate facilmente (es. vomito nei polmoni) • Sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna) • Infarto del cuore, del cervello ed infezione polmonare.Queste complicanze possono verificarsi soprattutto nei pazienti con malattie delle arterie e del cuore (pressioni alta, diabete malattie renali), dei polmoni (asma, bronchite cronica, sindrome influenzale importante), nei fumatori, nell'obesità	1/100000 1/200000

Inoltre ho compreso che alcuni effetti collaterali e potenziali complicanze possono osservarsi per certi tipi di anestesia (indicare con X il trattamento anestesiologico concordato):

TIPO DI ANESTESIA	***EFFETTI COLLATERALI E POTENZIALI COMPLIZANZE***
❑ ANESTESIA GENERALE	Nausea e vomito, mal di gola e/o secchezza della bocca, difficoltà nel parlare, mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista, coaguli e trombi nelle gambe, lesioni ai denti, lingua, labbra, lesioni ai nervi e nelle aree soggette a pressione ed appoggio, ricordo dell'evento chirurgico, lesioni delle vie aeree superiori, gravi reazioni allergiche, dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna), infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare
❑ ANESTESIA SPINALE e/o PERIDURALE ❑ con sedazione ❑ senza sedazione	Mal di testa, mal di schiena, lesioni nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, gravi reazioni allergiche, ematoma del midollo spinale, infezione del midollo spinale, meningite, arresto circolatorio (spinale totale)
❑ BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI ❑ con sedazione ❑ senza sedazione	Infezioni, lesione nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, pneumotorace, lesione vasi sanguigni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
❑ ANESTESIA REGIONALE ENDOVENOSA ❑ con sedazione ❑ senza sedazione	Infezioni, persistenza di alterazioni della sensibilità, flebiti, convulsioni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
❑ ANESTESIA LOCALE ASSISTITA ❑ con sedazione	Rallentamento e/o blocco del respiro, perdita della coscienza, nausea, vomito,ricordo dell'intervento chirurgico, gravi reazioni allergiche
❑ ANESTESIA LOCALE ASSISTITA ❑ senza sedazione	Stato d'ansia, agitazione, malessere generale, svenimento

Infine ho compreso che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti prevedibili complicanze aggiuntive di tipo:

❑ NESSUNA ❑ CARDIOVASCOLARE ❑ RENALE
❑ RESPIRATORIO ❑ NEUROLOGICO ❑ METABOLICO

❑ ALTRO: _____

Dichiaro inoltre di aver dato il consenso all'analgesia postoperatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici.

❑ Autorizzo la registrazione e l'utilizzazione a scopo didattico e/o scientifico, dei dati od altra comunicazione che si dovessero acquisire nel corso delle indagini e/o dell'intervento, ai sensi dell'articolo 10 legge n 675 del 31.12.1996 sulla tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali.

Firma dell'Anestesista (leggibile):_____

Parma lì,_____

❑ **ACCONSENTO** ❑ **RIFIUTO**

Firma del/la paziente
(se maggiorenne e capace di intendere e di volere)

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela
(verificata la loro identità in caso di paziente minorenne)

.....

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento)

.....