



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 “Spezzino”
Ospedale Civile S.Andrea – La Spezia
U.O. Anestesia e Rianimazione
Dir. Dott.ssa Cinzia Sani

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

(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 Sottoscritto/a.....

nato/a ail.....

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

di.....

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,

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO CONCORDATO CHE SARA'

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

Sono stato informato/a che il trattamento anestesio logico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi sono state spiegate, potrebbe essere modificato. Autorizzo il Medico Anestesista ad effettuare, in corso di intervento, 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:

ASA	I	II	III	IV	V	NYHA	I	II	III	IV	URG	SI	NO
-----	---	----	-----	----	---	------	---	----	-----	----	-----	----	----

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.

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria **E' PREVISTO** il mio ricovero in Terapia Intensiva.

Dichiaro di **AVERE** **NON AVERE** dato il consenso, in caso di necessità, 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.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, mi sono stati spiegati ed ho compreso quelli che sono gli effetti collaterali e le potenziali complicanze del trattamento anestesio logico. In particolare esse comprendono:

TIPO DI ANESTESIA	EFFETTI COLLATERALI e POTENZIALI COMPLICANZE
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERALE	<i>Nausea o 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 vie aeree superiori (laringe, trachea, polmoni), gravi reazioni allergiche, blocco (ostruzione) delle vie aeree (es:vomito nei polmoni), sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna), infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare</i>
<input type="checkbox"/> ANESTESIA SPINALE e/o PERIDURALE <input type="checkbox"/> Con Sedazione <input type="checkbox"/> Senza Sedazione	<i>Mal di testa, mal di schiena, lesione nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti,convulsioni, gravi reazioni allergiche, ematoma (raccolta di sangue) del midollo spinale, infezione del midollo spinale, meningite, arresto cardiocircolatorio (spinale totale)</i>
<input type="checkbox"/> BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI <input type="checkbox"/> Con Sedazione <input type="checkbox"/> Senza Sedazione	<i>Infezioni, lesione nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, pneumotorace, lesione vasi sanguigni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio</i>
<input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONALE ENDOVENOSA <input type="checkbox"/> Con Sedazione <input type="checkbox"/> Senza Sedazione	<i>Infezioni, persistenza di alterazioni della sensibilità, flebiti, convulsioni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio</i>
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE ASSISTITA Con Sedazione	<i>Rallentamento e/o blocco del respiro, perdita della coscienza, nausea, vomito, ricordo dell'evento chirurgico, gravi reazioni allergiche</i>
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE ASSISTITA Senza Sedazione	<i>Stato di ansia, agitazione, malessere generale, svenimento</i>

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento e di **ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

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

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL GENITORE O TUTORE padre madre.....
(se presente un solo genitore allegare autocertificazione)

FIRMA DELL'ANESTESISTA

NOME, COGNOME E FIRMA DI EVENTUALE TESTIMONE / INTERPRETE

.....

DATA

Io Sottoscritto/a dichiaro di **volere REVOcare** il consenso

DATA E FIRMA DEL PAZIENTE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n.196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'ASL titolare del trattamento)