

	CONSENSO INFORMATO PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE	MOD 02 ML Cons anestesia
	SERVIZIO MEDICINA LEGALE	Rev.00 DEL 18/02/2014

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto/a..... nato il

☐ Dovendo sottopormi ad ☐ intervento chirurgico di
☐ esame diagnostico.....

Noi sottoscritti (genitori o legale rappresentante)

☐ Dovendo sottoporre, di cui siamo genitori/ legale rappresentante ad

☐ intervento chirurgico / ☐ esame diagnostico di:

DICHIARO/DICHIARIAMO di essere stato/i informato/i in modo esauriente dal

Dott..... del servizio di Anestesia e Rianimazione di questo ospedale, in merito alle tecniche di anestesia che vengono abitualmente adottate e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali. Dopo aver discusso le possibili opzioni, mi è stata proposta la seguente anestesia:

☐ ANESTESIA GENERALE ☐ ANESTESIA LOCO-REGIONALE ☐ SEDAZIONE
☐ ANESTESIA SPINALE ☐ ANESTESIA PERIDURALE ☐ ANESTESIA LOCALE

☐ ANESTESIA COMBINATA: E

mi è stata proposta la seguente procedura per il controllo del dolore postoperatorio:

☐ Infusione endovenosa di farmaci, compresi gli oppioidi ☐ Analgesia peridurale continua ☐

Mi è stato spiegato ed accetto che:

Durante la procedura si possano verificare situazioni tali da indurre il medico anestesista a modificare in parte o in tutto la tecnica anestesiológica concordata ;

Potrebbe rendersi/ è necessario il ricovero in terapia intensiva per l'assistenza post-operatoria

Potrebbe rendersi necessaria la trasfusione di sangue ed/o emoderivati;

L'anestesia, pur essendo una metodica sicura nella medicina moderna, può comportare ancora oggi, in rarissimi, casi complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare neurologici; ☐ Le mie condizioni generali

☐ le condizioni generali del soggetto sottoposto alla nostra responsabilità /tutela , in relazione alla seguente classe: (barrare) **ASA I II III IV V VI** determinano un di rischio:

☐ GENERICO ☐ MODICAMENTE AUMENTATO ☐ AUMENTATO

☐ NOTEVOLMENTE AUMENTATO ☐ MOLTO ELEVATO

Essendo presenti patologie concomitanti di tipo

☐ cardiovascolare ☐ renale ☐ respiratorio ☐ neurologico ☐ metabolico ☐ altro

(SPECIFICARE)

Dopo aver compreso quanto sopra spiegato:

☐ ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO ☐ NON ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO

Ad essere sottoposto / a far sottoporre il soggetto da NOI tutelato alla procedura anestesiológica sopra descritta

Firma/e (del paziente, o dei genitori o del tutore)

Timbro e Firma del medico che effettua la prestazione

Il sottoscritto Dott.

Dichiara che il /la Sig.

NON E' NELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE DI POTER ESPRIMERE IL PROPRIO CONSENSO

Preso atto della situazione da parte di un familiare

Firma del familiare

LUOGO E DATA,/...../.....