 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana PO Grosseto Poliambulatorio Chirurgico</p>	<p>Consenso informato</p> <p>PP GR DS 12</p>	<p>Modulo 5</p> <p>Data: 15/05/2014</p>
	<p>Pagina 1</p>	

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E
CONSENSO ALL'ANESTESIA**

(in accordo al nuovo codice di deontologia medica del dicembre 2006 capitolo iv art. 33-34-35-36-37-38, alla convenzione sui diritti dell'uomo e della biomedicina del consiglio d'europa del 4/04/1997, capitolo ii, art. 5-6-8-15, ed alle raccomandazioni della commissione bioetica della siaarti, societa' italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva)

Io sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Nato/a a		il	

In vista dell'intervento proposto per **ME STESSO**
per **MIO 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 delle funzioni vitali e dopo aver preso in considerazione le eventuali alternative

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO CONCORDATO CHE SARA' :


- ANESTESIA GENERALE
- ANESTESIA LOCALE
- ANESTESIA SPINALE
- ANESTESIAPERIDURALE
- ANESTESIA TRAMITE BLOCCO NERVOSO PERIFERICO
- SEDAZIONE

QUALSIASI ANESTESIA RITENUTA NECESSARIA DALLO SPECIALISTA

Sono stato/a 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 :

ASA	1	2	3	4	5
------------	----------	----------	----------	----------	----------

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

	<p>Consenso informato</p> <p>PP GR DS 12</p>	<p>Modulo 5</p> <p>Data: 15/05/2014</p> <p>Pagina 2</p>
---	--	---

particolare di tipo neurologico. Mi ritengo adeguatamente informato e non desidero ricevere ulteriori informazioni.


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

TIPO DI ANESTESIA	EFFETTI COLLATERALI e POTENZIALI COMPLICANZE
ANESTESIA GENERALE	Nausea o vomito, mal di gola, 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'intervento chirurgico, lesioni vie aeree (es. vomito nei polmoni), sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna), infarto del cuore, infarto del cervello, infezione polmonare
ANESTESIA SPINALE e/o PERIDURALE	Mal di testa, mal di schiena, lesioni 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
BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI <input type="radio"/> con sedazione <input type="radio"/> senza sedazione	Infezioni, lesioni nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, pneumotorace, lesioni vasi sanguigni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
ANESTESIA REGIONALE ENDOVENOSA <input type="radio"/> con sedazione <input type="radio"/> senza sedazione	Infezioni, persistenza di alterazioni della sensibilità, flebiti, convulsioni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
ANESTESIA LOCALE ASSISTITA <input type="radio"/> con sedazione	Rallentamento e/o blocco del respiro, perdita della coscienza, nausea, vomito, ricordo dell'evento chirurgico, gravi reazioni allergiche
ANESTESIA LOCALE ASSISTITA <input type="radio"/> senza sedazione	Stato di ansia, agitazione, malessere generale, svenimento, gravi reazioni allergiche

Infine 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

Sono stato/a anche informato che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria **È**

	Consenso informato PP GR DS 12	Modulo 5 Data: 15/05/2014 Pagina 3
---	---------------------------------------	--

PREVISTO il mio ricovero in Terapia Intensiva o Sub-Intensiva;

NON È STATO PREVISTO il mio ricovero in Terapia Intensiva o Sub-Intensiva, ma 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) e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale.

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 31.2.1996 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Ritenendomi adeguatamente informato di tutto quanto sopra, e della possibilità, qualora lo desiderassi in seguito, di rivolgere ulteriori domande al Medico Anestesista che eseguirà il trattamento anestesilogico, dopo aver preso in considerazione le possibili alternative che mi sono state illustrate


ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO PROPOSTO

DICHIARAZIONE DELL'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 che sarà praticata
- Dichiaro di aver dato la disponibilità al paziente di fare domande e di aver fornito risposte esaurienti, chiare e comprensibili

FIRMA DEL PAZIENTE O LEGALE RAPPRESENTANTE	
FIRMA DEI GENITORI (di entrambi)*	(madre)
	(padre)
FIRMA ANESTESISTA	

Grosseto, ____ / ____ / _____

	<p>Consenso informato</p> <p>PP GR DS 12</p>	<p>Modulo 5</p> <p>Data: 15/05/2014</p> <p>Pagina 4</p>
---	--	---

EVENTUALE REVOCA O MODIFICA CONCORDATA DAL CONSENSO ALL'ANESTESIA

(da compilarsi il giorno dell'intervento chirurgico a cura del paziente e del medico anestesista)

REVOCA DEL CONSENSO ALL'ANESTESIA

MODIFICA DELL'ANESTESIA PROPOSTA

ANESTESIA CONCORDATA PER MODIFICA _____

FIRMA DEL PAZIENTE O LEGALE RAPPRESENTANTE _____

FIRMA DELL'ANESTESISTA _____

Grosseto, ____ / ____ / _____

*in caso di assenza di un genitore, il presente modulo sarà consegnato per essere riportato il giorno dell'intervento completo delle firme di entrambi: In assenza delle due firme l'intervento in elezione non sarà effettuabile

L'Azienda Ospedaliera USL 9 Grosseto è in rapporto con l'Università di Siena per la Facoltà di Medicina e Chirurgia. I rapporti tra i due enti sono disciplinati da apposita convenzione, la quale tra l'altro individua le modalità di coinvolgimento dei medici specializzandi in formazione nella didattica scientifica avanzata e nell'acquisizione di esperienze tecnicopratiche di tipo specialistico. I medici specializzandi in formazione potranno pertanto intervenire nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale.