

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ affetto/a dalla seguente patologia _____

dichiaro di essere stato/a informato/a in data _____ dal dr. _____

sul tipo di anestesia prevista per l'intervento in programma:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANSIOLISI | <input type="checkbox"/> ANESTESIA SPINALE |
| <input type="checkbox"/> SEDAZIONE MODERATA/PROFONDA | <input type="checkbox"/> ANESTESIA PLESSICA |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERALE | <input type="checkbox"/> ANESTESIA TRONCULARE |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA PERIDURALE | <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE |

sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali;

sul tipo di analgesia post-operatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici per via:

- OS RETTALE ENDOVENOSA INTRAMUSCOLO PERIDURALE PERINEURALE

Mi è stato consegnato dal dr. _____ un documento con la descrizione delle tecniche anestesologiche e delle loro complicanze.

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna, sia generale che loco-regionale, è sicura e che tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da possibili complicanze anche se attuata con diligenza, perizia e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente risultare fatali.

Mi è stato comunicato che i medici autorizzati a condurre l'anestesia sono:

- Medici Anestesisti dell'equipe della S. C. Anestesia e Rianimazione 1 - Pordenone**
- Medici Anestesisti dell'equipe della S. C. Anestesia e Rianimazione 2 - Pordenone**

Dichiaro di essere a conoscenza che le condizioni fisiche generali espongono me (o _____) alle seguenti complicanze aggiuntive di tipo:

- NESSUNA CARDIOVASCOLARE RENALE RESPIRATORIO METABOLICO ALTRO

e che posso inoltre essere esposto/a ai seguenti rischi aggiuntivi (*scrivere NESSUNO o specificare*)

e di conseguenza al seguente rischio operatorio:

- NORMALE AUMENTATO ELEVATO ELEVATISSIMO

Le possibili tecniche anestesilogiche alternative sono:

- Non ho ulteriori domande da porre.
- Ho richiesto ulteriori informazioni relative all'anestesia e alle sue possibili complicanze:

1. DOMANDA _____
RISPOSTA _____
2. DOMANDA _____
RISPOSTA _____

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Dichiaro di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi è stato spiegato, pertanto:

- ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO** all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato.
- AUTORIZZO** **NON AUTORIZZO** il medico anestesista a modificare il trattamento anestesilogico-rianimatorio programmato, qualora lo ritenesse necessario.
- 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 della normativa vigente sul trattamento e protezione dei dati personali.

Data _____ Firma del paziente _____

Firma dei genitori o tutore _____

Firma del medico anestesista _____

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ in qualità di

- Diretto interessato
 Genitore Tutore Amministratore di sostegno

di _____ liberamente, spontaneamente
e in piena coscienza dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso all'atto sanitario.

Data _____ Firma/e _____