

INFORMAZIONI E CONSENSO PER L'ANESTESIA

Gentile paziente,

verrà contattata/o dal medico anestesista per un colloquio individuale prima dell'intervento.

Durante il colloquio verrà definita con Lei la procedura di anestesia più adatta all'operazione prevista. Potrà inoltre annotare le Sue domande in modo da discuterne in sede di colloquio preliminare.

Tenga questo formulario a portata di mano per il colloquio.

INFORMAZIONI PER L'ANESTESIA

PAGINA DA RIEMPIRE DURANTE IL COLLOQUIO PRELIMINARE CON IL MEDICO ANESTESISTA.

Ogni metodo di anestesia comporta rischi di cui desideriamo informarla. Non si faccia spaventare dal loro elenco, le complicazioni gravi sono molto rare. La preghiamo di contrassegnare la procedura prevista per Lei durante il colloquio preliminare.

☐ **Rischi generali dell'anestesia**

Reazioni allergiche, traumi da posizione (nervi, pelle), ritenzione urinaria, nausea, vomito, prurito, brividi, ematomi, mal di schiena, arresto respiratorio e circolatorio

☐ **Anestesia generale (anestesia totale)**

Aspirazione, problemi di deglutizione, lesioni alle corde vocali (raucedine, problemi respiratori), lesioni dentali, risveglio durante l'anestesia

☐ **Anestesia regionale (anestesia di una parte del corpo)**

Anestesia regionale a livello midollare: cefalea, abbassamento della pressione sanguigna con nausea, problemi transitori della minzione, parestesie perduranti, peggioramento dell'udito e della vista, danni nervosi, emorragie, infezioni

Blocco periferico dei nervi (Esclusione della sensibilità di singoli nervi o singole regioni, per es. spalla, braccio, gamba): danni nervosi, emorragie, infezioni. Durante ogni anestesia parziale, l'esclusione della percezione del dolore potrebbe essere insufficiente. Tuttavia, è possibile trasformare in qualsiasi momento un'anestesia parziale in anestesia generale.

☐ **Sedazione**

Diminuzione della percezione, difficoltà di respirazione, disturbi della coscienza, aspirazione

Rischi specifici di misure particolari

- ☐ Cannula arteriosa: infezioni, chiusura dei vasi, emorragie
- ☐ Catetere venoso centrale: infezioni, collasso polmonare, emorragie, danni nervosi
- ☐ Catetere urinario: infezioni, lesioni, urgenza minzionale, successivo restringimento dell'uretra
- ☐ Trasfusione di sangue: trasmissione di malattie virali (epatite, HIV), reazioni da intolleranza
- ☐ TEE: lesioni della laringe/dell'esofago, problemi di deglutizione, lesioni dentarie

Terapia antidolorifica postoperatoria prevista

- | | |
|---|--|
| ☐ Somministrazione di antidolorifici | ☐ Catetere peridurale |
| ☐ PCA «pompa antalgica» | ☐ Blocco dei nervi periferici mediante catetere |

PORTI CON SÉ IL PRESENTE MODULO SULL'ANESTESIA PER L'AMMISSIONE IN CLINICA.

CONSENSO

Confermo

- di aver ricevuto e compreso, durante il colloquio preliminare, tutte le informazioni relative all'anestesia prevista
- di essere pertanto informato/a in maniera adeguata riguardo agli effetti indesiderati e ai rischi,
- di aver potuto rivolgere domande sull'anestesia e di non necessitare pertanto di ulteriori chiarimenti.

Accetto che la procedura di anestesia, qualora sia necessario per la mia sicurezza e la mia salute, possa subire variazioni rispetto alle modalità discusse o essere completamente modificata. Autorizzo che, nel caso in cui uno degli operatori coinvolti nell'intervento si ferisca con materiale o dispositivi contaminati da sangue, secrezioni o materiali simili appartenenti al sottoscritto/alla sottoscritta, mi venga effettuato un prelievo ematico in modo da somministrare quanto prima le cure eventualmente necessarie alla persona interessata.

Protezione dei dati: le cartelle cliniche che potrebbero essere correlate al mio trattamento possono essere richieste da altri medici o da istituzioni gestite da medici. I risultati degli esami e dei trattamenti o le valutazioni possono essere trasmessi ai medici invianti o che si occupano del follow-up. I dati relativi al mio trattamento possono essere archiviati elettronicamente e trattati in conformità alle disposizioni di legge. I dati possono essere altresì trasmessi a terzi, soggetti al segreto professionale, a condizione che vengano rispettati i requisiti normativi per la fatturazione.

Data

Firma del/della paziente/del tutore

Firma del medico