



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO AD ANESTESIA GENERALE / ANESTESIA LOCO REGIONALE

Il/la Sottoscritto/a _____ in qualità di:

- paziente
- esercente la potestà sul minore
- tutore del paziente

dichiara di essere stato informato/a dettagliatamente dal Medico Anestesista dr. _____ riguardo ai trattamenti anestesiológicos indicati, in relazione alla specifica situazione clinica e per il tipo di intervento chirurgico proposto. Sono stato altresì informato/a che la classe ASA* di rischio anestesiológico, in questo caso, è: _____ cui corrisponde un rischio, in rapporto all'intervento chirurgico illustratomi che può essere definito di grado _____**.

Mi è stato spiegato che le moderne tecniche anestesiológicas, pur avendo raggiunto elevati livelli di sicurezza, come accade per ogni altra pratica medica, non sono esenti da rischi e possono comportare ancora oggi, seppure in rari casi, anche se attuate con perizia, diligenza e prudenza, complicanze mortali o gravi danni permanenti a carico delle funzioni cognitive, motorie, sensoriali e organiche. Ho potuto richiedere ed ottenere chiarimenti ai miei dubbi e porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e sono soddisfatto/a delle informazioni che mi sono state fornite.

Sono stato altresì informato che un'anestesia loco-regionale potrà essere convertita in una anestesia generale e che comunque qualunque tecnica anestesiológica potrà essere modificata in relazione ad eventi accidentali o situazioni venutesi a determinare, allo stato non prevedibili, che rendano necessaria l'attuazione di procedure anestesiológicas diverse, nell'esclusivo interesse della salute del paziente.

Il sottoscritto quindi acconsente:

- ad essere sottoposto/a al seguente trattamento anestesiológico:

- che suo figlio/a venga sottoposto/a al seguente trattamento anestesiológico:

- che il/la sig./ra venga sottoposto/a al seguente trattamento anestesiológico:

dopo averne compreso le indicazioni, gli obiettivi, i benefici, le eventuali alternative, le modalità di attuazione, gli effetti, nonché le procedure che essa comporta, prima, durante ed al termine del trattamento, ed i potenziali rischi (complicanze cardiocircolatorie, respiratorie, neurologiche ed a carico degli organi di senso, renali, metaboliche, emorragiche, trombotiche, allergiche, infettive, lesioni o avulsioni dentarie).

Autorizzo inoltre il Medico Anestesista a comunicare notizie relative allo stato di salute alle seguenti persone:

_____ tel. _____

Dichiarazioni particolari: _____

DATA _____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Firma del Medico Anestesista

* CLASSIFICAZIONE ASA

1. PAZIENTE SANO
2. PAZIENTE CON MALATTIA SISTEMICA DI MODESTA ENTITÀ
3. PAZIENTE CON MALATTIE SISTEMICHE SEVERE CHE CONDIZIONANO LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE, PUR NON POTENDOSI CONSIDERARE INVALIDANTI
4. PAZIENTE CON GRAVE MALATTIA SISTEMICA INVALIDANTE, CHE SI TROVA IN COSTANTE PERICOLO DI VITA
5. PAZIENTE IN GRAVISSIME CONDIZIONI, LA CUI SOPRAVVIVENZA, INDIPENDENTE DALL'INTERVENTO, NON SUPERA LE 24 ORE

** RISCHIO OPERATORIO: LIEVE MEDIO MEDIO-ALTO ALTISSIMO