



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO A SEDAZIONE PER PROCEDURA DI:

Il/la Sottoscritto/a _____ in qualità di:

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

dichiaro di essere stato informato/a dettagliatamente dal Medico dr. _____

riguardo ai trattamenti praticabili in relazione alla situazione clinica ed al tipo di procedura illustratami che verrà effettuata.

Sono stato/a altresì informato/a che la classe ASA* di rischio anestesilogico, in questo caso, è: _____ cui corrisponde un rischio, in rapporto alla procedura che può essere definito di grado _____. **.

Mi è stato spiegato che le moderne tecniche di sedazione, 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. Il paziente sottoposto a sedazione non potrà, per una intera giornata, guidare auto o veicoli e dovrà astenersi dal lavoro e/o da ogni altra attività che richieda particolare impegno fisico o mentale.

Ho potuto richiedere ed ottenere chiarimenti ai miei dubbi e porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e sono soddisfatto delle informazioni che mi sono state fornite.

Sono stato/a altresì informato/a che tale trattamento potrà essere interrotto o convertito in una anestesia generale da parte del Medico Anestesista o che potrà subire modifiche in relazione ad eventi accidentali o situazioni venutesi a determinare, allo stato non prevedibili, che rendano necessaria l'attuazione di procedure diverse, nell'esclusivo interesse della tutela della salute del paziente.

Il sottoscritto quindi acconsente:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ad essere sottoposto/a a: | ☐ SEDAZIONE PROFONDA | ☐ SEDAZIONE VIGILE |
| ☐ che suo figlio/a venga sottoposto/a a: | ☐ SEDAZIONE PROFONDA | ☐ SEDAZIONE VIGILE |
| ☐ che il/la sig./ra venga sottoposto/a a: | ☐ SEDAZIONE PROFONDA | ☐ SEDAZIONE VIGILE |

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 della sedazione, 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 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

* 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