

BLOCCO OPERATORIO Responsabile Dott.ssa Sara Carrer	 Istituto Clinico Villa Aprica Gruppo San Donato	Codice	M-7506-01
		Revisione	REV 07
		Data	10/03/2023

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA PEDIATRICA

Noi sottoscritti genitori

Cognome Nome _____ e _____

in vista dell'intervento chirurgico proposto per nostro/a FIGLIO/A _____

dichiaro di essere stati informati in modo chiaro, ed esauriente dal Dr.: _____

sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto/a nostro figlio/a, più appropriato alla sua situazione, e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali e, dopo aver preso in considerazione le eventuali alternative,

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO ANESTESILOGICO CONCORDATO.

Acconsentiamo alle procedure invasive e non invasive che saranno necessarie per il tipo di trattamento anestesilogico e chirurgico a cui sarà sottoposto/a, più appropriate alla sua situazione.

Siamo stati informati che il trattamento anestesilogico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che ci 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 o a completamento del piano anestetico.

Dichiaro inoltre di essere stati informati che le condizioni di salute di nostro figlio lo collocano nella classe funzionale ASA _____ e che il rischio relativo al trattamento anestesilogico finalizzato all'intervento chirurgico al quale sarà sottoposto/a è

NORMALE **AUMENTATO per**.....

Ci 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 particolare di tipo neurologico. Ci riteniamo adeguatamente informati e non desideriamo ricevere ulteriori informazioni.

Trattamento anestesilogico proposto

TIPO DI ANESTESIA	EFFETTI COLLATERALI e POTENZIALI COMPLICANZE
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERALE	Nausea o vomito, mal di gola c/o 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'evento chirurgico, lesioni vie aeree superiori (laringe, trachea, polmoni), gravi reazioni allergiche, blocco (ostruzione) delle vie aeree (es: vomito nei polmoni), sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna), infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare.
<input type="checkbox"/> ANESTESIA SPINALE con Sedazione	Mal di testa, mal di schiena, lesione 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 (spinale totale)
<input type="checkbox"/> BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI con Sedazione	Infezioni, lesione nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, pneumotorace, lesione vasi sanguigni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE ASSISTITA con Sedazione	Rallentamento c/o blocco del respiro, perdita della coscienza, nausea, vomito, ricordo dell'evento chirurgico, gravi reazioni allergiche

BLOCCO OPERATORIO Responsabile Dott.ssa Sara Carrer	 Istituto Clinico Villa Aprica Gruppo San Donato	Codice	M-7506-01
		Revisione	REV 07
		Data	10/03/2023

Eventuale alternativa al trattamento proposto

Trattamento anestesilogico concordato:

.....

DICHIARAZIONE DEL GENITORE – TUTORE:

- Dichiaro di aver letto o che mi è stata letta la dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'anestesia, di aver ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesilogici che verranno adottati prima, durante e dopo l'intervento.
- Dichiaro di aver discusso con l'anestesista gli effetti collaterali e le potenziali complicanze generiche e quelle specifiche per il mio caso e che le ho prese in debita considerazione nel decidere di essere sottoposto al trattamento anestesilogico concordato.
- Dichiaro di accettare le procedure anestesilogiche concordate necessarie al mio caso e confermo di aver avuto risposte esaurienti, chiare e comprensibili a tutte le mie domande.
- Dichiaro che mi è stato spiegato che il medico anestesista assolverà i propri doveri professionali con diligenza, prudenza e perizia al fine di garantire il raggiungimento del risultato auspicato, confidando al contempo nell'adempimento preciso degli stessi obblighi da parte degli altri medici dell'equipe chirurgica.

FIRMA DEI- GENITORI – TUTORE
(leggibile)

Data consenso telefonico

Data consegna originale

Firma.....

Firma.....

DICHIARAZIONE DEL MEDICO 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 DELL'ANESTESISTA
(leggibile)

Como

DATA

ORA