



AUTORIZZAZIONE E CONSENSO ALLE PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE

M C 12/01 A

Il sottoscritto/a in vista dell'intervento chirurgico propostogli

Dichiara

- Di essere stato/a adeguatamente informato/a sul tipo di anestesia a cui verrà sottoposto/a e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali;
- Di aver avuto ragguagli sulla sua classe A.S.A. di appartenenza e sul relativo rischio operatorio:

ASA ① Paziente senza alcuna malattia organica: RISCHIO NORMALE;

ASA ② Paziente con lievi disturbi organici causati dal processo morboso per il quale viene operato o da altre malattie, paziente sar di età inferiore ad 1 anno o superiore a 75 anni: RISCHIO MODICAMENTE AUMENTATO;

ASA ③ Paziente con malattia organica relativamente grave anche se non è possibile determinare con precisione il grado di invalidità che essa produce; paziente di età superiore a 85 anni: RISCHIO NOTEVOLMENTE AUMENTATO;

ASA ④ Paziente con malattia organica molto grave che non necessariamente può essere corretta dall'intervento in oggetto: RISCH MOLTO ELEVATO;

ASA ⑤ Paziente in imminente pericolo di vita che ha nell'intervento l'unica possibilità di salvezza;

Ⓔ Intervento di urgenza

- di essere stato/a informato/a del fatto che l'anestesia moderna è sicura ed affidabile, tuttavia tale pratica non è esente da complicazioni e, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, potrebbe procurare imprevisti come ad esempio: cefalea, nausea, vomito, mal di gola, bocca secca, mal di schiena, infezioni, allergie, aritmie, insufficienza respiratoria, danni ai nervi, lesioni ai denti, arresto cardiaco, fino alla morte;
- di concordare che il medico anestesista rianimatore in caso di emergenza metta in atto tutte le procedure e le tecniche necessarie e, se indispensabile, provveda ad un sollecito trasferimento presso un altro ospedale più attrezzato onde ricevere le opportune cure intensive e rianimatorie;
- di accettare che il medico anestesista possa modificare la tecnica concordata qualora compaiano difficoltà impreviste;
- di aver dato
 non aver dato
il consenso alla trasfusione di sangue ed emoderivati, informato e consapevole dei rischi derivanti da tali procedure;
- di aver fornito informazioni veritiere ed esaurienti, e che nulla è stato taciuto del proprio stato di salute;
- di aver avuto risposte esaurienti;
- di essere consapevole del fatto che questo documento ha esclusivamente scopo informativo e non esime in alcun caso il medico dalle sue specifiche responsabilità;



autorizza

il medico anestesista rianimatore a mettere in atto le procedure anestesologiche più adatte al suo caso.

Giudizio anestesologico Idoneo Elezione
 Day surgery
 Sedazione N.O.R.A.
 Non idoneo
 Idoneità condizionata da _____

Firma del paziente, genitore, tutore

Firma del medico informatore

Data

DISPOSIZIONI ANESTESIOLOGICHE POST-OPERATORIE

Liquidi

Volume tot. _____ Velocità _____

Analgesici

Pompa antalgica

Monitoraggio

Altro



CONSENSO INFORMATO
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE
UNA RESPONSABILITA' CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI