

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

(IN ACCORDO AL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DEL DICEMBRE 2006 CAPO IV ART 33-34-35-36-37-38, ALLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO DEL CONSIGLIO D'EUROPA DEL 04/04/1997, CAPITOLO II, ART. 5-6-8-15, ED ALLE RACCOMANDAZIONI DELLA COMMISSIONE BIOETICA DELLA SIAARTI, SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA)

Io sottoscritto/a
COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____

in vista dell'intervento chirurgico proposto per:

ME STESSO

MIO/A FIGLIO/A _____

Altri (specificare) _____

dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal

Dr. _____

sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto/a, più appropriato alla mia 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 ANESTESIOLOGICO CONCORDATO

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

inoltre acconsento alle procedure invasive e non invasive che saranno necessarie per il tipo di trattamento anestesio-logico e chirurgico a cui sarò sottoposto/a, più appropriate alla mia situazione e che consistono in (scrivere NESSUNA o specificare):

Sono stato/a informato/a che il trattamento anestesio-logico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi 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. Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni di salute mi collocano nelle classi funzionali ASA e NYHA, rispettivamente:

ASA	I	II	III	IV	V	NYHA	I	II	III	IV	URG	SI	NO
-----	---	----	-----	----	---	------	---	----	-----	----	-----	----	----

(barrare la casella relativa)

e che il rischio relativo al trattamento anestesio-logico finalizzato all'intervento chirurgico al quale io sarò sottoposto/a è:

NORMALE MODERATO NOTEVOLE ELEVATISSIMO

Mi 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 anche oggi in rarissimi casi complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico. Mi ritengo adeguatamente informato e non desidero ricevere ulteriori informazioni.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:	
<ul style="list-style-type: none">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 anestesio-logici 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 anestesio-logico concordato.Dichiaro di accettare le procedure anestesio-logiche 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 DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE (leggibile)	

DICHIARAZIONE DEL MEDICO ANESTESISTA CHE HA FORNITO INFORMAZIONI AI FINI DEL CONSENSO:	
<ul style="list-style-type: none">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)	
FIRMA DEL TESTIMONE (leggibile)	
LUOGO	SOMMINISTRATO IL _____ FIRMATO IL _____



CARTELLA ANESTESIOLOGICA E CONSENSO INFORMATO

Cognome Nome											
Diagnosi											
Intervento											
Anestesia											
N° cartella	Reparto	Data Ricovero	Età	Peso	Altezza						
				Kg	Cm						
MALLAMPATI	1 2 3 4	ASA	1 2 3 4 5 E	NYHA	1 2 3 4						
APA	DH	ELEZIONE	URGENZA	EMERGENZA	PRE OSPEDALIZZAZIONE						

COS'È L'ANESTESIA

L'anestesia serve ad eliminare il dolore durante gli interventi chirurgici, consentendo l'esecuzione di operazioni sempre più complesse in ogni tipo di paziente, dal neonato all'adulto/anziano, dall'atleta al cardiopatico.

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, non è esente da possibili effetti collaterali e potenziali complicanze.

PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE

ANESTESIA GENERALE: Si distingue in endovenosa e inalatoria. Entrambe generano uno stato di narcosi caratterizzato da ipnosi, amnesia retrograda, analgesia. Alcuni interventi chirurgici necessitano anche della mio risoluzione (paralisi muscolare). Per garantire il controllo delle vie aeree e mantenere una adeguata attività respiratoria è necessaria l'intubazione oro-rinotracheale o l'utilizzo di una maschera laringea. L'intubazione è utilizzata per la maggior parte degli interventi chirurgici e ha il vantaggio di ridurre il rischio di inalazione del contenuto gastrico.

ANESTESIA PERIFERICA E LOCOREGIONALE: Viene utilizzata per i piccoli interventi (blefaroplastica, asportazioni di cisti, tunnel carpale, minilifting, piccole lesioni cutanee, ecc.). Si effettua mediante un'infiltrazione con anestetico locale della zona su cui si deve intervenire. Abolisce la sensibilità del dolore nel distretto interessato mantenendo inalterato lo stato di coscienza. All'occorrenza si possono associare dei sedativi per tranquillizzare e calmare il paziente. Nel caso di un effetto insufficiente, durata insufficiente o di una eccessiva diffusione è assolutamente necessario associare anche l'anestesia generale. L'anestesia periferica si divide in subaracnoidea e peridurale.

ANESTESIA SPINALE O SUBARACNOIDEA O LOMBARRE: Si realizza inserendo un ago sottilissimo tra le vertebre e iniettando una piccola dose di anestetico nel liquido cerebro-spinale. L'anestetico viene così a trovarsi direttamente a contatto con il midollo spinale, provocando entro 5 -10 minuti la perdita completa della sensibilità di una o entrambe le gambe per un periodo di 2 - 4 ore, ampiamente sufficiente per l'esecuzione dell'intervento chirurgico.

ANESTESIA PERIDURALE: Tecnica che prevede l'introduzione di un ago tra le vertebre. Rispetto all'anestesia spinale, però, l'ago viene arrestato nello spazio peridurale, cioè prima di raggiungere il liquido che circonda il midollo. L'effetto è uguale a quello dell'anestesia spinale, a differenza del tempo necessario alla comparsa dell'anestesia (20 - 30 minuti).

BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI: È una tecnica utilizzata nella chirurgia dell'arto superiore ed inferiore. Si realizza iniettando dell'anestetico locale vicino ai nervi. La durata dell'anestesia può essere anche di 12 ore. Per rendere più confortevole la procedura, in genere, sono somministrati dei tranquillanti e/o analgesici. Qualora l'intervento si potragga o l'efficacia del blocco non sia completo è sempre possibile passare all'anestesia generale.

ANAMNESI NEG <input type="checkbox"/>					
FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Diabete mellito	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> Diatesi emorragica	<input type="checkbox"/> Complicanze anestesilogiche
	<input type="checkbox"/> Altro				
FISIOLOGICA	<input type="checkbox"/> Fumo	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Droghe	<input type="checkbox"/> Altro	
ALLERGIE	<input type="checkbox"/> Nega	<input type="checkbox"/> Specificare:			

CARDIOVASCOLARE	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Pregresso	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica IMA <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Bypass	<input type="checkbox"/> Aritmia
RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> BPCO		
NEUROLOGICO			
ALTRO			

NOTE:	

E. OBIETTIVO:	

HbSAg <input type="checkbox"/>	HCV <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Gruppo () Rh ()
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------

PRECEDENTI ANESTESIE					
Anno	Anestesia	Intervento	Anno	Anestesia	Intervento

COMPLICANZE					
<input type="checkbox"/> Intubazione difficile	<input type="checkbox"/> Risveglio ritardato	<input type="checkbox"/> Anafilassi	<input type="checkbox"/> PONV	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Neuro-lesioni
<input type="checkbox"/> Altro					

DIAGNOSI STRUMENTALE				NELLA NORMA <input type="checkbox"/>			
ESAME	DATA	SINTESI REFERTO					
ECG							
Rx Torace							
ESAMIEMATOCHIMICI, EMOCROMOCITOMETRICO, EMOCOAGULATIVO, EGA ed URINE NELLA NORMA <input type="checkbox"/>							
DATA				DATA			
GLICEMIA				pO2/pCO2			
AZOTEMIA				pH			
CREATININA				HCO3			
Na-K-Cl-CA				BE			
CK							
LDH							
GOT-GPT							
Proteine tot.				Ph Urine			
PSEUDOCOLIN				Glucosio Ur			
				Proteine Ur			
				Emoglob. Ur			
Hb - Ht				Altro:			
PLT				Altro:			
GB - GR				P. Specifico			
INR							
APTT Ratio				Gravidanza			
APTT sec							
Fibrinogeno				HbSAg			
D-dimero				HCV			
AT III				HIV			

CONSULENZE SPECIFICHE		
VIDEAT	DATA	REFERTO

ULTERIORI ESAMI E/O VIDEAT DA ESEGUIRE	
AUTORIZZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DATA	FIRMA ANESTESISTA PREOSPEDALIZZAZIONE