

CONSENSO ALL' ANESTESIA

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, dichiaro di essere stato informato che dovrò essere sottoposto all' intervento di

e di conseguenza vengo informato sul tipo di anestesia proposta per la tipologia dell' intervento.

ANESTESIA GENERALE ANESTESIA REGIONALE ALTRO _____

Sono stato informato che il tipo di anestesia potrebbe essere modificato in corso dell' intervento ove si verifichi la necessità, così come mi viene ampiamente spiegato dal medico anestesista.

Vengo altresì informato delle complicanze che potrebbero verificarsi a causa dei trattamenti anestetici a cui verrò sottoposto:

più frequenti (da 1 su 10 a 1 su 100):

- dolore/arrossamento nel punto di infusione
- nausea/vomito, male alla gola, secchezza della bocca
- mal di schiena, debolezza/stanchezza transitoria
- prurito o brivido
- mal di testa
- coaguli o trombi nelle gambe
- lesioni nervose periferiche transitorie (4 settimane/ 1 anno)
- stato confusionale o alterazione della memoria in persone anziane
- abrasioni agli occhi

meno frequenti (da 1 su 1.000 a 1 su 5.000):

- dolori muscolari
- problemi ad urinare (necessità di catetere vescicale)
- infezioni delle vie respiratorie
- lesioni di denti soprattutto se compromessi, lingua e labbra
- lesione dei nervi o delle zone di appoggio sul letto operatorio
- ricordo dell' intervento in corso

rare (da 1 su 10.000 a 1 su 30.000):

- lesione della trachea/laringe/polmoni
- reazioni allergiche gravi/asma bronchiale
- crisi epilettiche/convulsioni
- lesioni nervose permanenti

molto rare (da 1 su 100.000 a 1 su 200.000) che possono causare danno neurologico permanente o decesso:

- ostruzioni delle vie aeree difficili da risolvere/vomito nei polmoni
- sensibilità ereditaria dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna)
- infarto del cuore o del cervello
- infezione dei polmoni
- ematomi nel midollo spinale

NOTE _____

In considerazione dell'attività di assistenza, ricerca e didattica svolte nell'ambito delle finalità universitarie, accetto che i Miei dati clinici possano essere impiegati (in forma anonima o anonimizzata) per l'elaborazione di strumenti didattici e per lo svolgimento di studi meramente osservazionali di tipo statistico-epidemiologico e/o descrittivo (sia retrospettivi che prospettici) nel rispetto delle norme vigenti e dei relativi provvedimenti dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Dichiaro di avere letto e ben compreso le informazioni che mi sono state fornite dal Dott. _____

e che ho avuto esaurienti risposte alle mie domande per cui presto il mio assenso a quanto propostomi.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente/Tutore legale

Data _____