

**MODULO PER IL CONSENSO
INFORMATO ALL'ANESTESIA**

Io sottoscritto _____

ETICHETTA BAR CODE

Data di nascita _____ _ Luogo di nascita _____

Controllo farmacologico del dolore in travaglio di parto con

tecnica neuroassiale (peridurale, spino-peridurale, spinale) e/o farmacologica analgesica sistemica

Le informazioni sui vantaggi e sugli effetti collaterali delle metodiche mi sono state ampiamente fornite tramite:

- ✓ partecipazione al corso informativo sulla partoanalgesia,
- ✓ consegna di materiale informativo predisposto *ad hoc* che illustra le tecniche di anestesia loco regionale, trattamento farmacologico alternativo, eventuali rischi e/o complicanze
- ✓ risposte alle domande formulate nel corso della visita anestesiologicala.

Inoltre sono stato informato che:

- ✓ tale prestazione, seppure in ipotesi remota, potrà essere erogata con ritardo ovvero potrà non essere espletata qualora si verificano contemporaneamente documentate emergenze di carattere clinico che richiedano l'intervento dell'anestesista.
- ✓ i dati raccolti dalle cartelle potranno essere gestiti in modo anonimo (ad es. gestione del rischio, pubblicazioni a carattere scientifico, ecc.).

Eventuali annotazioni

.....

.....

In conclusione dichiaro di aver ottenuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti e di aver compreso le informazioni contenute nel presente modulo.

PERTANTO,

ACCONSENTO alla tecnica neuroassiale

ACCONSENTO all'analgesia farmacologica sistemica

Firma del paziente

Timbro e firma leggibile del medico

.....

.....

Data,/...../..... ora

* Nel caso di paziente interdetto la firma deve essere apposta dal tutore. Nel caso di paziente sottoposto ad amministrazione di sostegno la firma deve essere apposta dall'amministratore di sostegno se il paziente non è in grado di fornire autonomamente il proprio consenso.