

**AZIENDA OSP. UNIV. SENESE**

**U.O. NEUROANESTESIA & TERAPIA INTENSIVA**  
**U.O. NEUROANESTESIA PEDIATRICA**  
Tel. 0577 585228 -067 -279 fax 0577 586192  
**POLICLINICO "LE SCOTTE" - 53100 SIENA**

doc.n° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

nome paz. \_\_\_\_\_

genitori \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

Clinica ricovero \_\_\_\_\_

Medico responsabile \_\_\_\_\_

**Consenso informato all'Anestesia ed alle Cure Intensive per la  
Neurochirurgia e la Neuroradiologia**

**ALL'ATTENZIONE DEL GENITORE/PARENTE/TUTORE E/O DEL PAZIENTE:** *Questo documento è designato a confermare l'avvenuta discussione e spiegazioni riguardanti le procedure anestesiológicas che Lei riceverà durante gli interventi chirurgici, interventi medici o procedure diagnostiche che Le sono state proposte ed indicate.*

Io sottoscritto/a.....

In previsione dell'intervento di.....

dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo e la tecnica di anestesia che verrà adottata e di essere a conoscenza che l'anestesia, anche se attuata con perizia e diligenza, comporta dei rischi aggiuntivi a quelli rappresentati dalle procedure chirurgiche programmate. Questi includono talune evenienze quali lesioni a denti o protesi dentarie, danneggiamento delle corde vocali, problemi respiratori, dolore di minore entità e disagio, lesioni ad arterie o vene, cefalee, o nausea e vomito. Sono state registrate gravi reazioni avverse a farmaci, danno cerebrale o decesso, ma sono eventi rari.

Sono stato inoltre informato/a - in merito alle manovre invasive ( intubazione e ventilazione meccanica; incannulazione di vene periferiche, centrali e di arterie; cateterizzazione vescicale ) e non invasive per la cura, la valutazione ed il monitoraggio delle funzioni vitali del corpo durante e dopo l'intervento necessarie al fine di ottenere i migliori risultati.

Mi è stato spiegato che, a causa della mia malattia e dell'intervento chirurgico che devo affrontare, è/può rendersi necessaria la mia permanenza in Area Critica post operatoria per un periodo di tempo variabile. Sono inoltre a conoscenza che la durata della permanenza in reparto intensivo sarà dipendente dalle mie condizioni cliniche attuali, dalla rapidità della ripresa delle funzioni vitali del mio organismo dopo l'intervento chirurgico, nonché dalla possibile, anche se non frequente, insorgenza di complicanze legate alle particolari caratteristiche della/e mia/e malattia/e e ai procedimenti diagnostici e terapeutici invasivi e non invasivi cui verrò sottoposto/a.

In ottemperanza del D.L. 161 del 25/3/96 relativo all'impiego di prodotti medicali galenici ed in ottemperanza alle norme relative all'impiego di farmaci e prodotti medicali prodotti all'estero, sono stato informato/a che qualora - durante e dopo l'intervento- si rendesse necessario sostenere con farmaci la funzione cardiocircolatoria potranno essere impiegati farmaci galenici quali Adrenalina e Noradrenalina.

Confermo pertanto di avere avuto informazioni esaurienti in merito all'anestesia e alle cure intensive relative all'intervento chirurgico cui voglio sottopormi e dò il mio consenso all'equipe di Anestesisti-Rianimatori a mettere in atto le procedure necessarie.

Chiedo che le informazioni relative al decorso clinico postoperatorio siano fornite al/alla sig./sig.ra.....e che le informazioni urgenti devono essere effettuate al/ai seguente/i numero/i telefonico/i.....

Acconsento inoltre che, in riferimento al D.L. 675 del 31/12/96 relativo al trattamento dei dati personali, parte dei dati anagrafici e clinici che mi riguardano e che sono registrati nella mia cartella clinica, vengano conservati anche su supporto magnetico al fine di poter essere utilizzati per indagini epidemiologiche e cliniche a scopo scientifico.

Firma leggibile dell'Anestesista-Rianimatore

Il Paziente (o tutore )