

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Dichiaro che mi è stata fornita copia della brochure informativa inerente la parto-analgesia e di essere stata informata in modo esauriente dal Medico Anestesista con particolare riferimento ai rischi e complicanze della prestazione, eventuali alternative, ed alle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Dichiaro di essere stata informata che il mio stato di salute mi colloca nella **Classe ASA ostetrica** _____

e che la mia particolare condizione clinica mi sottopone ai seguenti rischi specifici:

- maggiore difficoltà tecnica alla manovra, con aumento dei rischi ad essa correlati:
 - Maggiore difficoltà nel reperimento dello spazio epidurale,
 - Incompleta diffusione dei farmaci nello spazio epidurale,
 - Analgesia/anestesia incompleta o a "macchia di leopardo"
 - Parestesia transitoria,
 - Conversione ad altro tipo di anestesia
- aumentato rischio di ematoma spinale
- aumentato infettivo
- altro

Dichiaro di aver avuto la possibilità di porre ogni domanda in merito e che a tutti i quesiti da me esposti sono state date risposte complete ed esaurienti. Mi riservo di dare il mio consenso dopo adeguata riflessione, eventualmente chiedendo pareri ad altri medici di mia fiducia. Sono inoltre consapevole che , qualora decidessi di fornire il mio consenso all'atto proposto, sarà mio diritto revocarlo in qualsiasi momento.

Data X _____

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere):

X _____
Nome e Cognome

X _____
firma del paziente

Firma dei genitori previa acquisizione di copia di documento identificativo (in caso di paziente minorenni):

Madre: _____
Nome e Cognome

firma della madre

Padre: _____
Nome e Cognome

firma del padre

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno riferito agli atti sanitari previa acquisizione di copia di documento identificativo e di copia del provvedimento di tutela o curatela o amministrazione di sostegno:

Nome e Cognome

firma

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a Dr. _____ dichiaro di aver fornito ogni informazione con il colloquio e con la brochure informativa (una copia della quale è stata consegnata alla paziente); di essermi accertato/a dell'avvenuta comprensione e di aver risposto ad ogni domanda. Ritengo che sia stato compreso il significato delle informazioni fornite e che vi sia piena consapevolezza dei benefici e dei rischi connessi all'atto proposto.

Medico _____
Timbro del Medico

Firma del Medico

*Classificazione ASA modificata per le partorienti

CLASSE 1 Partorienti senza alcun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico o al di fuori delle normali modificazioni fisiologiche dovute alla gravidanza

CLASSE 2 lieve malattia sistemica o modesta patologia della gravidanza

CLASSE 3 Malattia sistemica di grado moderato o grave malattia della gravidanza

CLASSE 4 Partorienti con gravi malattie sistemiche in pericolo di vita

CLASSE 5 Paziente moribonda con poche speranze di sopravvivenza che deve essere sottoposta ad intervento d'urgenza come ultima possibilità

EMERGENZA (E) per tutte le partorienti delle precedenti classi quando si deve procedere al di fuori di una procedura d'elezione o urgente (Es. Taglio Cesareo)