



**REGIONE CALABRIA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO**  
**OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO**  
**U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
**DIRETTORE: DOTT. PANTALEONE GRANDE**

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>		<input type="checkbox"/> <b>F</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>
<b>DIAGNOSI:</b>			<b>INTERVENTO:</b>		
<b>U.O.</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>PESO (Kg)</b>	<input type="checkbox"/> <b>ELEZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>URGENZA</b>	<input type="checkbox"/> <b>EMERGENZA</b>
<b>N° NOSOLOGICO</b>	<b>ETA'</b>	<b>ALTEZZA (cm)</b>	<input type="checkbox"/> <b>ORDINARIO</b>	<input type="checkbox"/> <b>DAYSURGERY</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>SINTESI DELLE PATOLOGIE ASSOCIATE E VALUTAZIONE PREOPERATORIA CONCLUSIVA</b>					
<input type="checkbox"/> <b>CEREBRALE</b>		<input type="checkbox"/> <b>ALLERGICA</b>			
<input type="checkbox"/> <b>RESPIRATORIA</b>		<input type="checkbox"/> <b>BMI</b>			
<input type="checkbox"/> <b>CARDIOVASCOLARE</b>		<input type="checkbox"/> <b>DIFFICILE GESTIONE VIE AEREE</b>			
<input type="checkbox"/> <b>EPATORENALE</b>		<input type="checkbox"/> <b>COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE</b>			
<input type="checkbox"/> <b>METABOLICA</b>		<input type="checkbox"/> <b>NEUROMUSCOLARE</b>			
<input type="checkbox"/> <b>EMATOLOGICA/COAGULATIVA</b>		<input type="checkbox"/>			
<b>NYHA</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>A.S.A.</b>
					<b>1</b>
					<b>2</b>
					<b>3</b>
					<b>4</b>
					<b>5</b>
					<b>E</b>
<b>PAZIENTE IDONEO ALLA PROCEDURA CHIRURGICA</b>		<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <b>Note:</b>			
<b>TECNICA PROPOSTA</b>		<input type="checkbox"/> <b>AN. GENERALE</b>	<input type="checkbox"/> <b>SEDOANALG.</b>	<input type="checkbox"/> <b>SPINALE</b>	<input type="checkbox"/> <b>PERIDURALE</b>
<b>ASSISTENZA INTENSIVA P.O.</b>		<input type="checkbox"/> <b>PROBABILMENTE NON NECESSARIA</b>		<input type="checkbox"/> <b>DA VALUTARE</b>	<input type="checkbox"/> <b>SICURAMENTE NECESSARIA</b>
<b>NOTE PER IL REPARTO</b>					
<input type="checkbox"/> <b>S. OMOLOGO</b>	<input type="checkbox"/> <b>U</b>	<input type="checkbox"/> <b>S. PREDEPOSITO</b>	<input type="checkbox"/> <b>U</b>	<input type="checkbox"/> <b>PLASMA</b>	<input type="checkbox"/> <b>U</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b>
<b>DIGIUNO PREOPERATORIO</b>		<b>LIQUIDI: h</b>		<b>SOLIDI: h</b>	
<b>PROFILASSI ED ALTRE PRESCRIZIONI</b>		<b>DOSE, ORA E VIA</b>		<b>DATA E ORA DELLA SOMMINISTRAZIONE</b>	
				<b>Firma IP</b>	
<b>PREMEDICAZIONE</b>					
<b>DATA E FIRMA ANESTESISTA</b>				<b>Firma IP</b>	
<b>RIVALUTAZIONE IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'INTERVENTO</b>					
<b>CONTROLLI ANESTESIOLOGICI</b>	<b>NUOVI EVENTI</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		<input type="checkbox"/> <b>NEUROLOGICI</b>	<input type="checkbox"/> <b>RESPIRATORI</b>	<input type="checkbox"/> <b>CARDIOCIRCOLATORI</b>
	<b>ANESTESIA PROPOSTA</b>		<b>Note:</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>confermata</b>				
	<input type="checkbox"/> <b>non confermata</b>				
<b>Profilassi Antibiotica</b>		<input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b>		mg <input type="checkbox"/> <b>ev</b> <input type="checkbox"/> <b>im</b>	
<b>Profilassi Tromboembolica</b>		<input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b>		mg	
<b>Data, ora e Firma Anestesista</b>					
<b>CONTROLLI INFERMIERISTICI</b>	<input type="checkbox"/> <b>IDENTITÀ</b>		<input type="checkbox"/> <b>SEDE INTERVENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>PROTESI</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIGIUNO</b>
	<input type="checkbox"/> <b>MONILI</b>		<input type="checkbox"/> <b>IGIENE e TRICOTOMIA</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Data, ora e Firma IP</b>		<b>Note</b>			

COGNOME		NOME			DATA DI NASCITA		
ANAMNESI							NEG <input type="checkbox"/>
FAMILIARE	<input type="checkbox"/> DIABETE MELLITO	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> DIATESI EMORRAGICA	<input type="checkbox"/> MIOPATIE	<input type="checkbox"/> COMPLICANZE ANESTESIOLOG.	<input type="checkbox"/> ALTRO
FISIOLOGICA	FUMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POTUS	<input type="checkbox"/> DROGHE	<input type="checkbox"/> GRAVIDANZA IN ATTO	<input type="checkbox"/> GRAVIDANZE PREGRESSE	<input type="checkbox"/> ALTRO	
ALLERGICA	<input type="checkbox"/> NEGA ALLERGIE A FARMACI	<input type="checkbox"/> EDEMA DELLA GLOTTIDE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ORTICARIA	<input type="checkbox"/> LATTICE	<input type="checkbox"/> SHOCK ANAFILATTICO	
NOTE:							
NEUROLOGICA							NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INFETTIVA		<input type="checkbox"/> ISCHEMICA		<input type="checkbox"/> TRAUMATICA		<input type="checkbox"/> NEOPLASTICA	
<input type="checkbox"/> PARKINSON	<input type="checkbox"/> EPILESSIA	<input type="checkbox"/> NEUROPATIA	<input type="checkbox"/> MIASTENIA	<input type="checkbox"/> MIOPATIA	<input type="checkbox"/> CRAMPI	<input type="checkbox"/> M. PSICHIATR	<input type="checkbox"/> CEFALEA
NOTE:							
RESPIRATORIA							NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> POLMONITE		<input type="checkbox"/> FIBROSI		<input type="checkbox"/> PNX			
<input type="checkbox"/> ASMA		<input type="checkbox"/> BPCO		<input type="checkbox"/> ALTRO			
NOTE:							
CARDIOVASCOLARE							NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISCHEMICA		<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA		<input type="checkbox"/> SCOMPENSO CARDIACO		<input type="checkbox"/> VASCULOPATIA	
<input type="checkbox"/> VALVULOPATIA		<input type="checkbox"/> ARITMIE		<input type="checkbox"/> PACEMAKER		<input type="checkbox"/> EMBOLIA POLMONARE	
NOTE:							
ALTRI APPARATI							NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENDOCRINO METABOLICO		<input type="checkbox"/> FEGATO	<input type="checkbox"/> RENE	<input type="checkbox"/> EMOLINFATICO	<input type="checkbox"/> SURRENE	<input type="checkbox"/> IMMUNODEFICIENZE	
<input type="checkbox"/> GASTROENTERICO		<input type="checkbox"/> PANCREAS	<input type="checkbox"/> TIROIDE	<input type="checkbox"/> COAGULOPATIA	<input type="checkbox"/> ALTRO		
NOTE:							
ANESTESIOLOGICO - CHIRURGICA							
ANNO	ANESTESIA	INTERVENTO	ANNO	ANESTESIA	INTERVENTO		
COMPLICANZE - ANESTESIOLOGICHE INTERVENTI CHIRURGICI PRECEDENTI							NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ALLERGIE		<input type="checkbox"/> INTUBAZIONE DIFFICILE		<input type="checkbox"/> NAUSEA/VOMITO		<input type="checkbox"/> RISVEGLIO RITARDATO	
<input type="checkbox"/> NEUROLESIONI		<input type="checkbox"/> CEFALEA		<input type="checkbox"/> ALTRO			
ESAME OBIETTIVO							
PA		FC		FR		Tc °C	
GENERALE							NEG <input type="checkbox"/>
STATO NUTRIZIONALE	<input type="checkbox"/> NORMALE		<input type="checkbox"/> SOTTOPESO		<input type="checkbox"/> OBESITA'		
COLORE CUTE	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> CIANOSI	<input type="checkbox"/> PALLORE	<input type="checkbox"/> ITTERO			
DECUBITO	<input type="checkbox"/> NORMALE		<input type="checkbox"/> OBBLIGATO				
PROTESI	<input type="checkbox"/> ACUSTICHE	<input type="checkbox"/> OCULARI	<input type="checkbox"/> ALTRE				
							<input type="checkbox"/> EDEMI
							<input type="checkbox"/> LESIONI CUTANEE







SALA RISVEGLIO		Ora ingresso:				
MONITORAGGIO		Ingresso	15	30	45	60
Ventilazione (S=Spontanea / A=Assistita / C=Controllata)						
FR						
PA / FC						
Diuresi						
Drenaggio: A / B / C						
Valutazione Analgesica - Analogo Verbale (1-10)						
Bromage score						
Complicanze (N=nausea, V=vomito, B=brivido, A=altro)						
SCORE DI ALDRETE		Ingresso	15	30	45	60
Coscienza (0=Non risvegliabile / 1=Risvegliabile / 2=Sveglio)						
Respiratorio (0=Apnea / 1=Dispnea / 2=Sveglio)						
SaO2 (0=<92% in O2 / 1=>92% in O2 / 2=>92% in aria ambiente)						
PAS (0= ± 50 mmHg / 1= ± 20-50 mmHg / 2= ± 20 mmHg)						
Attività motoria (0=Assente / 1= 2 arti / 2= 4 arti)						
Totale						
TERAPIE PRATICATE		Ingresso	15	30	45	60

INDICAZIONI PER IL REPARTO			<input type="checkbox"/> U.O. di provenienza	<input type="checkbox"/> Rianimazione	<input type="checkbox"/>
EFFETTUARE CONTROLLI DI:		ULTERIORI ISTRUZIONI		CONSULENZE-ESAMI DA EFFETTUARE	
<input type="checkbox"/> Pr Arteriosa	<input type="checkbox"/> CVC				
<input type="checkbox"/> Fr Cardiaca	<input type="checkbox"/> Catetere Vesc				
<input type="checkbox"/> Fr Respirator	<input type="checkbox"/> Drenaggi				
<input type="checkbox"/> Diuresi	<input type="checkbox"/>				
INFUSIONI CONSIGLIATE (prime 24 ore post-operatorie)			TER. ANTALGICA (prime.....ore post-operatorie)		
FARMACI CONSIGLIATI			ULTERIORI ISTRUZIONI		

TRASFERIMENTO C/O:			
<input type="checkbox"/> U.O. di provenienza	<input type="checkbox"/> Rianimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data _____	ora _____		
Firma Inf. Prof.	Firma Anestesista		

### APPENDICE

Classe	Caratteristiche	CLASSIFICAZIONE ASA
I	Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica	
II	Modesto disturbo sistemico che può o non essere correlato alla causa dell'intervento	
III	Grave malattia sistemica correlata o no alla regione dell'intervento	
IV	Grave malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico	
V	Paziente moribondo con scarse possibilità di sopravvivenza e che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità	
E	Ogni intervento non dilazionabile e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio. La lettera E viene aggiunta alla corrispondente classe ASA	
Classe	Caratteristiche	CLASSIFICAZIONE NYHA
I	Nessuna limitazione: esercizio fisico ordinario che non causa fatica, dispnea o palpitazione	
II	Lieve limitazione dell'attività fisica: le consuete attività quotidiane provocano fatica, dispnea o palpitazione	
III	Marcata limitazione dell'attività fisica: marcata difficoltà ad effettuare le normali attività quotidiane	
IV	Impossibile effettuare attività fisica, neanche con minimo sforzo; la maggior parte dei pazienti sono costretti all'allettamento	
Punteggio	Caratteristiche	BROMAGE SCORE
0	Assenza di blocco motorio: flessione completa di ginocchio e piede	
1	Incapacità di sollevare l'arto inf. esteso. Muove soltanto il ginocchio	
2	Incapacità di flettere il ginocchio. Muove soltanto il piede	
3	Assenza di movimento	

**REGIONE CALABRIA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO**  
**OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO**  
**U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
**DIRETTORE: DOTT. PANTALEONE GRANDE**

**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 E LA BIOMEDICINA DEL CONSIGLIO D'EUROPA DEL 4/04/1997, 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

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>Nato/a a</b>		II	

in vista dell'intervento chirurgico proposto per  **ME STESSO** o per  **MIO/A FIGLIO/A** \_\_\_\_\_  
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 CHE SARÀ:**

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 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:

<b>ASA</b>	I	II	III	IV	V	<b>NYHA</b>	I	II	III	IV	<b>URG</b>	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**  **AUMENTATO**

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 ancora 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.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, mi sono stati spiegati ed ho compreso quelli che sono gli effetti collaterali e le potenziali complicanze del trattamento anestesio logico. In particolare esse comprendono:

EFFETTI COLLATERALI e POTENZIALI COMPLICANZE	FREQUENZA
<b>COMUNI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolore e/o arrossamento (ecchimosi-ematoma-flebite) nel sito di infusione</li> <li>• Nausea o vomito, mal di gola e/o secchezza della bocca, difficoltà transitoria nel parlare (disfonia)</li> <li>• Mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista transitori</li> <li>• Dolori e mal di schiena, debolezza e/o stanchezza transitori</li> <li>• Prurito, brivido transitori</li> <li>• Coaguli e trombi nelle gambe</li> <li>• Lesioni nervose periferiche transitorie (4-6 settimane; max 1 anno)</li> <li>• Stato confusionale e/o alterazioni della memoria transitori (soggetti anziani)</li> <li>• Abrasioni degli occhi che possono causare dolore e richiedere trattamento topico</li> </ul>	          1/10 1/100
<b>MENO COMUNI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolori muscolari transitori</li> <li>• Problemi per urinare (necessità catetere vescicale)</li> <li>• Infezioni delle vie respiratorie (fumatori)</li> <li>• Lesioni ai denti, lingua, labbra</li> <li>• Lesioni ai nervi e nelle aree soggette a pressione ed appoggio</li> <li>• Ricordo dell'evento chirurgico durante anestesia (in corso di alcuni interventi chirurgici ed in alcune situazioni di emergenza)</li> </ul>	      1/1.000 1/5.000
<b>RARE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni vie aeree superiori (laringe, trachea, polmoni)</li> <li>• Reazioni allergiche gravi e/o asma bronchiale</li> <li>• Crisi Epilettiche e Convulsioni</li> <li>• Lesioni nervose periferiche permanenti</li> </ul>	    1/10.000 1/30.000
<b>MOLTO RARE</b> Queste possono causare danno neurologico permanente o decesso <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blocco (ostruzione) delle vie aeree che potrebbero non essere controllate facilmente (es: vomito nei polmoni)</li> <li>• Sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna)</li> <li>• Infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare. Queste complicanze possono verificarsi soprattutto nei pazienti con malattie delle arterie e del cuore (pressione alta, diabete, malattie renali), dei polmoni (asma, bronchite cronica, sindrome influenzale importante), nei fumatori, nella obesità.</li> <li>• Ematoma (raccolta di sangue) del midollo spinale/Infezione del midollo spinale</li> </ul>	    1/100.000 1/200.000

Inoltre ho compreso che alcuni effetti collaterali e potenziali complicanze possono osservarsi per certi tipi di anestesia (indicare con X il trattamento anestesio logico concordato):

TIPO DI ANESTESIA	EFFETTI COLLATERALI e POTENZIALI COMPLICANZE
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERALE	Nausea o vomito, mal di gola e/o secchezza della bocca, difficoltà nel parlare, mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista, coaguli e trombi nelle gambe, lesioni ai denti, lingua, labbra, lesioni ai nervi e nelle aree soggette a pressione ed appoggio, ricordo dell'evento chirurgico, lesioni vie aeree superiori (laringe, trachea, polmoni), gravi reazioni allergiche, blocco (ostruzione) delle vie aeree (es: vomito nei polmoni), sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna), infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare
<input type="checkbox"/> ANESTESIA SPINALE e/o PERIDURALE <input type="checkbox"/> Con Sedazione <input type="checkbox"/> Senza Sedazione	Mal di testa, mal di schiena, lesione nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, gravi reazioni allergiche, ematoma (raccolta di sangue) del midollo spinale, infezione del midollo spinale, meningite, arresto cardiocircolatorio (spinale totale)
<input type="checkbox"/> BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI <input type="checkbox"/> Con Sedazione <input type="checkbox"/> Senza Sedazione	Infezioni, lesione nervose periferiche transitorie, lesioni nervose periferiche permanenti, convulsioni, pneumotorace, lesione vasi sanguigni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
<input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONALE ENDOVENOSA <input type="checkbox"/> Con Sedazione <input type="checkbox"/> Senza Sedazione	Infezioni, persistenza di alterazioni della sensibilità, flebiti, convulsioni, gravi reazioni allergiche, arresto cardiocircolatorio
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE ASSISTITA Con Sedazione	Rallentamento e/o blocco del respiro, perdita della coscienza, nausea, vomito, ricordo dell'evento chirurgico, gravi reazioni allergiche
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE ASSISTITA Senza Sedazione	Stato di ansia, agitazione, malessere generale, svenimento

Infine ho compreso che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti prevedibili complicanze aggiuntive che consistono in complicanze di tipo:

NESSUNA  CARDIOVASCOLARE  RENALE  RESPIRATORIO  NEUROLOGICO  METABOLICO  ALTRO

e che posso inoltre essere esposto/a ai seguenti rischi aggiuntivi (scrivere NESSUNO o specificare)

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria  **E' PREVISTO** il mio ricovero in Rianimazione o T.I.;  **NON E' STATO PREVISTO** il mio ricovero in Rianimazione o T.I. e qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto. Dichiaro di  **AVERE**  **NON AVERE** dato il consenso, in caso di necessità e nell'eventuale impossibilità di recuperare il mio sangue, a trasfusioni di Sangue e/o Emoderivati Omologhi (da donatore) - Plasma, Plasma Fresco Congelato, Concentrati Piastrinici, Albumina - e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale. Dichiaro, inoltre, di  **AVERE**  **NON AVERE** dato il consenso all'analgesia post-operatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici per via:

Os  RETTALE  INTRAMUSCOLARE  ENDOVENOSA  PERIDURALE  PERINEURALE

AUTORIZZO IL MEDICO ANESTESISTA A COMUNICARE NOTIZIE RELATIVE AL MIO STATO DI SALUTE A (scrivere NESSUNO o specificare):

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO** la registrazione e l'utilizzazione, a scopo didattico e/o scientifico, dei dati od altra documentazione che si dovessero acquisire nel corso delle indagini e/o dell'intervento, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675 del 31.12.1996 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:**

- Dichiaro di aver letta o che mi è stata letta la dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'anestesia, di aver ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesiológicos 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 anestesiológico concordato.
- Dichiaro di accettare le procedure anestesiológicas 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:**

- 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

DATA