	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023
		Pag. 1 di 4

Io sottoscritto:

COGNOME	NOME	NATO IL	A

In vista dell'intervento chirurgico o dell'atto/trattamento sanitario previsto _____ proposto per ME STESSO o per MIO/A FIGLIO/A, soggetto da me tutelato/curato per legge dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro ed esauriente dal Dott./Dott.ssa _____ sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto/a, più appropriato alla mia situazione o a quella di mio figlio/figlia minore, o tutelato/curato per legge 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

- anestesia locale
- anestesia generale
- anestesia loco-regionale
- sedazione

Sono stato informato/a che il trattamento anestesiológico 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 o a quella di mio figlio/figlia minore, o tutelato/curato per legge. **Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni di salute, o quelle di mio figlio/figlia minore, o tutelato/curato per legge, si collocano nelle classi funzionali ASA:**

ASA				IV	E
------------	--	--	--	----	---

e che il rischio relativo al trattamento anestesiológico finalizzato all'intervento chirurgico al quale io sarò sottoposto/a è:

- NORMALE
 AUMENTATO
 MOLTO AUMENTATO

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023

Mi è stato spiegato nella scheda informativa che mi è stata data ed esaurientemente spiegata, e che ho ben compreso, 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, non è esente da rischi e complicanze.

Confermo di aver ricevuto la scheda informativa sulle tecniche di anestesia, di averne parlato con l'anestesista e di aver compreso tutte le informazioni in essa contenute. Sono stato/a informato/a che è mio diritto chiedere ulteriori spiegazioni qualora ne avvertissi la necessità, opporre diniego al percorso anestesiologicalo e di cura proposto e di revoca del consenso già sottoscritto prima dell'esecuzione dello stesso.

Mi è stato ricordato di assumere tutta la terapia domiciliare, eccetto:

Mi è stato spiegato che l'intervento chirurgico potrebbe comportare la necessità di incannulare vene periferiche, vene centrali, arterie, o il posizionare cateteri peridurali per tecniche di anestesia integrata (generale + peridurale) o per il trattamento del dolore postoperatorio.

Infine ho compreso che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti prevedibili complicanze aggiuntive della seguente tipologia e natura:

METABOLICHE CARDIOVASCOLARI RENALI RESPIRATORIE NEUROLOGICHE

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria:

- è previsto il mio ricovero in Recovery Room o in Terapia Intensiva;
- non è stato previsto il mio ricovero in Terapia Intensiva e qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto.

Dichiaro di :

- AVERE dato il consenso a trasfusioni di Sangue e/o Emoderivati Omologhi (da donatori) - Plasma - Plasma fresco congelato - Concentrati piastrinici — Albumina - e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale.
- NON AVERE dato il consenso a trasfusioni di Sangue e/o Emoderivati Omologhi (da donatori) - Plasma - Plasma fresco congelato - Concentrati piastrinici — Albumina - e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023

Dichiaro, inoltre, di :

AVERE dato il consenso all'analgesia post-operatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici per: OS, INTRAMUSCOLARE, ENDOVENOSA, PERIDURALE, PERINEURALE, per l'utilizzo dei quali ho già dichiarato la mia condizione di soggetto NON ALLERGICO o allergico a: _____
 ovvero di non averli mai utilizzati.

NON AVERE dato il consenso all'analgesia post-operatoria
 o Mi ritengo adeguatamente informato/a e non desidero ricevere ulteriori informazioni.
 o Il paziente ha chiesto di non ricevere informazioni sul trattamento anestesio logico.

NOTE _____

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario (vedi paragrafo finale "REVOCA").

Data _____

FIRMA ANESTESISTA

FIRMA DEL PAZIENTE

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre _____ Documento _____

Firma della madre _____ Documento _____

Firma del tutore _____ Documento _____

Firma del minore (se di età maggiore ai 14 anni) _____


Data _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO / TUTELA LEGALE

Firma del tutore/amministratore di sostegno _____

Documento _____

Data _____

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	
		Pag. 4 di 4

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE IL MEDIATORE CULTURALE

Nome e Cognome del mediatore culturale _____

Documento _____

Firma dell'interprete _____ Data _____

Nome e Cognome del testimone _____

Documento _____

Firma del testimone _____ Data _____

Nome e Cognome del testimone _____

Documento _____

Firma del testimone _____ Data _____

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA

Nome e Cognome del 1° testimone _____

Documento _____

Firma del 1° testimone _____ Data _____

Nome e Cognome del 2° testimone _____

Documento _____

Firma del 2° testimone _____ Data _____

REVOCA			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. la mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			