

	Pre-operatorio DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA - PZ MINORENNE	Mod. 0148	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: <i>consenso anest</i>	
		Rev. 00	del 14/01/2025

(IN ACCORDO ALLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO E LA BIOMEDICINA DEL CONSIGLIO D'EUROPA DEL 04/04/1997, CAPITOLO II, ART. 5-6-8-15, AL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DELL'OTTOBRE 1998, ART. 30-31-32-33-34 ED ALLE RACCOMANDAZIONI DELLA COMMISSIONE BIOETICA DELLA SIAARTI, SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA)

Noi sottoscritti

<i>Cognome e Nome</i> dei genitori	

Dell'intervento chirurgico proposto per:

☐ Mio figlio/figlia

ETICHETTA PAZIENTE

DICHIARIAMO

- Di essere stati informati in modo chiaro comprensibile ed esauriente tramite:
 - ☐ Dépliant informativo consegnatoci al momento del pre-ricovero
 - ☐ Colloquio con anestesista
- Di essere stati informati sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali e, dopo aver preso in considerazione le eventuali alternative che ci sono state proposte, esprimiamo il nostro consenso al trattamento anestesilogico concordato più appropriato alla situazione di nostro/a figlio/a:
 - ☐ Anestesia Generale (Narcosi)
 - ☐ Anestesia Locale
 - ☐ Anestesia Spinale (Subaracnoidea)
 - ☐ Anestesia Peridurale
 - ☐ Blocco Nervoso Periferico
 - ☐ Sedazione
 - ☐ _____
- Di essere stati informati che il trattamento concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che ci sono state spiegate potrebbe essere modificato dal medico anestesista nel corso dell'intervento, comprese tutte le terapie, le procedure ed i provvedimenti che si rendessero necessari per la sicurezza di nostro/a figlio/a.
- Che ci sono stati spiegati ed abbiamo compreso quelli che sono gli effetti collaterali e le potenziale complicanze del trattamento anestesilogico (vedi dépliant informativo) e del trattamento analgesico per il controllo del dolore post operatorio ed abbiamo avuto la possibilità di chiedere ulteriori spiegazioni e approfondimenti.

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

	Pre-operatorio DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA - PZ MINORENNE	Mod. 0148	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: <i>consenso anest</i>	
		Rev. 00	del 14/01/2025

- In particolare ci è stato spiegato che l'anestesia moderna è 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 danni temporanei e permanenti, in particolare di tipo neurologico ed anche la morte.
- Di essere stati informati che l'intervento è: ☐ NON URGENTE ☐ URGENTE
- Di essere stati informati che le condizioni di salute del nostro/a figlio/a lo/la collocano nella classe funzionale:

CLASSE ASA	I	II	III	IV
------------	---	----	-----	----

(Vedi dépliant informativo)

- Di essere stati informati che il rischio relativo al trattamento anestesilogico finalizzato all'intervento chirurgico al quale sarà sottoposto/a nostro/a figlio/a è:
 - ☐ NORMALE
 - ☐ MODICAMENTE AUMENTATO
 - ☐ AUMENTATO
 - ☐ MOLTO AUMENTATO

Essendo presenti patologie concomitanti di tipo:

☐ CARDIOVASCOLARE ☐ RENALE ☐ RESPIRATORIO ☐ NEUROLOGICO ☐ METABOLICO ☐ ALTRO _____

- Di aver dato il consenso all'analgesia post operatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici/anestetici per: os, via rettale, intramuscolare, endovenosa, peridurale, perineurale.
- Di essere stati informati che il trattamento anestesilogico e l'impostazione dell'analgesia post operatoria verranno effettuate da un componente dell'équipe anestesilogica, in relazione alle necessità organizzative della struttura.

Presente il mediatore linguistico sig./sig.ra _____ Lingua utilizzata _____

Ci riteniamo adeguatamente informati e non desideriamo ricevere ulteriori informazioni e chiarimenti.

FIRMA DEL GENITORE 1 (leggibile)			
FIRMA DEL GENITORE 2 (leggibile)			
FIRMA DELL'ANESTESISTA (leggibile)			
LUOGO	Bra	DATA	