

**CONSENSO INFORMATO ALLA PARTOANALGESIA**

Io sottoscritta \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dichiaro di essere stata esaurientemente informata sulla parto analgesia cui sarò sottoposta:

su mia richiesta,  su indicazione del ginecologo Dott. \_\_\_\_\_, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_.

Dichiaro di essere stata informata che l'analgesia neuroassiale è considerata oggi una tecnica sicura ed efficace per il controllo del dolore del travaglio, ma che essa, come tutte le pratiche sanitarie, non è esente da effetti collaterali e complicazioni di cui sono stata edotta e che ho ben compreso. Dichiaro inoltre di avere ricevuto l'opuscolo informativo e l'informativa predisposti dal servizio di Anestesia e Rianimazione nei quali sono descritti obiettivi, modalità di esecuzione, indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, complicanze e regole comportamentali della analgesia, e di essere stata ulteriormente informata direttamente dall'anestesista:

nel colloquio preliminare in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

alla visita anestesiologicala in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dall'anestesista dott. \_\_\_\_\_

Sono stata informata che, per la mia condizione specifica, posso essere esposta ai seguenti rischi aggiuntivi: \_\_\_\_\_

Accetto, inoltre, che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario. Preso atto di quanto sopra, acconsento all'esecuzione dell'analgesia:

Epidurale;  Combinata Spinale / Epidurale;  Subaracnoidea

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Paziente minorenne:** firma dei genitori previa acquisizione copia documento identificativo

MADRE: NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

PADRE: NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Paziente incapace di intendere e volere:** Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno riferito agli atti sanitari previa acquisizione di copia di documento identificativo e provvedimento

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

L'ANESTESISTA DOTT. \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_