



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE SULLA PARTO ANALGESIA

Dichiaro che mi è stata fornita copia della informativa sulla parto analgesia, di averla letta e compresa; di aver inoltre partecipato all'incontro collegiale con l'anestesista in data ___/___/___ dove mi sono state fornite ulteriori informazioni sulla tecnica, vantaggi e svantaggi, indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali e complicanze; di essere stata sottoposta a visita anestesiologicala in data ___/___/___, in cui per la mia condizione clinica sono stata collocata nella classe ASA _____, e potrei andare incontro ad ulteriori problematiche:

Dichiaro inoltre di aver avuto la possibilità di porre ogni domanda attinente e di aver avuto risposte comprensibili ed esaurienti e di avere piena consapevolezza dei rischi e benefici della parto analgesia.

Avendo fatto le opportune valutazioni, esprimo già da adesso il mio consenso

Mi riservo di esprimere il mio consenso dopo ulteriore riflessione e confronto con familiari e medici di fiducia

Il mio consenso dovrà essere confermato o anche revocato prima della procedura

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 _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a Dott. _____ dichiaro di aver informato esaurientemente la paziente e di aver risposto in modo comprensibile ad ogni domanda e di essermi accertato della sua consapevolezza sui rischi e benefici del parto analgesia

DATA ___/___/___ NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____