

**CONSENSO INFORMATO ALLA
SEDOANALGESIA E ANSIOLISI o ANESTESIA
IN CORSO DI PROCEDURE di
ELETTROFISIOLOGIA ED ARITMOLOGIA**

io sottoscritto/a _____

nato/a il _____

Spazio etichetta di ricovero con
Numero cartella
Cognome e nome

Data di nascita

In vista della procedura propostami,

DICHIARO

di essere stato informato/a in modo esauriente dall' Anestesista Rianimatore Dr. _____

SUL TIPO DI PROCEDURA ANESTESIOLOGICA CUI VERRÒ SOTTOPOSTO:

SEDOANALGESIA E ANSIOLISI

Anestesia endovenosa con farmaci con proprietà ipnotiche e/o analgesiche senza la somministrazione di farmaci che aboliscono anche in parte l' attività respiratoria (curari) e i riflessi di protezione delle vie aeree.

L' assistito sarà in grado di respirare in maniera autonoma senza necessità di presidi invasivi nelle vie aeree.

L' assistito avrà una percezione distorta, soggettivamente più o meno intensa della situazione attorno a lui, che nel postprocedura potrebbe rimanere ricordata in parte o totalmente annullata.

In caso la procedura possa evocare dolore il paziente non ne avrà percezione cosciente o incosciente.

Le complicanze principali posso essere di natura

✓ *Respiratoria (possibilità di perdita del controllo della respirazione spontanea e necessità di assistenza con presidi invasivi)*

✓ *Circolatoria (possibilità di comparsa di instabilità del sistema cardiocircolatorio)*

ANESTESIA

Anestesia endovenosa e/o inalatoria con farmaci con proprietà ipnotiche e/o analgesiche e farmaci che aboliscono totalmente l' attività respiratoria e i riflessi di protezione delle vie aeree.

Il paziente non sarà in grado di respirare in maniera autonoma e avrà necessità di presidi invasivi nelle vie aeree (tubo orotracheale o presidi analoghi)

Il paziente non sarà in grado di percepire nulla della situazione attorno a lui, nè di averne ricordo.

In caso la procedura evochi dolore il paziente non ne avrà percezione cosciente o incosciente.

Le complicanze principali posso essere di natura

- ✓ *Respiratoria (possibilità di non riuscire a posizionare o rimuovere l'assistenza respiratoria a fine procedura)*
- ✓ *Circolatoria (possibilità di comparsa di instabilità del sistema cardiocircolatorio)*

• SUL PROGRAMMA ANESTESIOLOGICO PROGRAMMATO IN CONSIDERAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI

- SEDOANALGESIA E ANSIOLISI + Monitoraggio periprocedurale + Trasferimento in Reparto
- Anestesia + Monitoraggio periprocedurale + Trasferimento in Reparto

• SULLA POSSIBILITÀ CHE LE CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI DA SOLE O IN ASSOCIAZIONE ALLE MIE CONDIZIONI GENERALI POSSONO ESPORMI AD EVENTUALI RISCHI AGGIUNTIVI

Cardiovascolare	Respiratorio	Emorragico
Neurologico		

• DI AVER APPRESO I BENEFICI DELLA TECNICA PROPOSTAMI E DELLE POSSIBILI PROCEDURE ALTERNATIVE E/O ADDIZIONALI CHE POTREBBERO ESSERE NECESSARIE IN SEGUITO ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI PREVEDIBILI

Ricovero in Terapia Intensiva	Trasfusione emoderivati
Ventilazione Meccanica Prolungata	
Accesso Rapido Vie Aeree	

Mi è stato altresì spiegato che l'anestesia moderna è abbastanza sicura ma che, tuttavia, tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, non è completamente esente da complicanze, anche se attuata con perizia, prudenza e diligenza.

Tali complicanze possono avere complicanze minori rapidamente reversibili o avere caratteristiche tali da diventare fatali, seppur molto raramente, o determinare lesioni permanenti più o meno invalidanti come spiegato nel presente opuscolo informativo somministrato.

PRESO QUINDI ATTO CHE

Sulla base delle mie condizioni cliniche e dei miei esami, sono stato giudicato/a idoneo alla Anestesia con un rischio anestesiológico (ASA = American Society of Anaesthesia):

- ASA 1** : paziente sano, rischio normale
- ASA 2** : paziente con malattia sistemica lieve, rischio modicamente aumentato

- ASA 3** : paziente con malattia sistemica severa limitante le attività ma non invalidante, rischio notevolmente aumentato
- ASA 4** : paziente con malattia sistemica invalidante a rischio di morte, rischio molto elevato
- ASA 5** : paziente moribondo con aspettativa di vita inferiore alle 24 h con o senza intervento chirurgico, rischio estremamente elevato

- **E** : se intervento chirurgico in emergenza
- Sono stato informato/a in modo comprensibile ed esauriente comprendendo le mie condizioni cliniche, il programma anestesiologicalo a me riservato, eventuali rischi aggiuntivi o complicanze prevedibili ed eventuali modificazioni del programma
- Sono state fornite risposte chiare e sollecite
- Sono consapevole che l' anestesia potrà essere eseguita da qualsiasi medico specialista in Anestesia e Rianimazione di questo Ente
- Che **LA NON ACCETTAZIONE** delle procedure propostemi **COMPORATA** i seguenti

SVANTAGGI:

- La procedura, se gli operatori lo riterranno possibile, potrà comunque essere eseguita senza garantire l' assenza di percezione di quanto sta accadendo e con la possibilità di percepire dolore.
- In alcune categorie di pazienti la percezione di stati di dolore anche intensi possono generare o aumentare il rischio di eventi avversi cardiovascolari (infarto o sincope vagale)
- La procedura potrebbe essere interrotta o resa inefficace dalla mancata collaborazione del paziente e quindi dovrebbe poi essere ripetuta. In alcuni casi estremi l'eccessiva agitazione potrebbe provocare lesioni anche gravi al paziente o direttamente o secondarie a lesioni provocate dalla strumentazione utilizzata.

VANTAGGI:

- Nessuna esposizione ad agenti anestetici o farmaci che interferiscano con l' attività cardiorespiratoria con mantenimento di un completo stato di veglia e autonomia.

ESPRIMO IN MANIERA LIBERA ED ESPLICITA DI:

- Acconsentire** ad essere sottoposto al tipo di Sedazione- ansiolisi cosciente –Sedazione profonda
- Acconsentire** inoltre, essendo stato informato/a che le mie condizioni attuali e passate non permettono allo stato dell'arte di prevedere ulteriori complicazioni a che, in caso di imprevedibili problematiche che non rendano più sicura la procedura in precedenza proposta o che possano risultare pericolose per la mia salute, il medico Anestesista Rianimatore possa modificare il programma anestesilogico propostomi agendo nel mio interesse con la massima perizia, prudenza e diligenza.

- Non acconsentire**

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore del paziente inabilitato; dei genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale

Data

Firma del Paziente/tutore/genitore

Firma dell'altro genitore.

Data

Timbro e Firma del medico che ha somministrato il consenso

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSI GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTO SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.