

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE
E CONSENSO ALL'ANESTESIA**

Il sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____

dichiaro di essere stato informato/a dal Medico Anestesista Dott. _____
che le mie condizioni di salute mi collocano nella classe ASA* _____ ed il rischio relativo all'intervento
chirurgico al quale io verrò sottoposto/a è ** _____

Ho compreso le informazioni circa il tipo di anestesia più appropriato nella mia situazione e, dopo aver
preso in considerazione anche le eventuali alternative, esprimo il mio consenso al trattamento
anestesiologico proposto che sarà il seguente:

_____ sono stato informato che tale trattamento concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che
verranno spiegate, potrebbe essere modificato.

Mi è stato spiegato che l'anestesia, pur essendo fra le metodiche più sicure della medicina moderna,
comportare, seppure in rarissimi casi e anche a classi ASA di minore rischio (ASA I e II), complica-
zioni mortali o gravi danni permanenti.

In particolare, mi ritengo adeguatamente informato in quanto ho potuto fare domande e ricevere ulteriori
informazioni ed ho compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesiologici che verranno adottati prima
durante e dopo l'intervento.

Mi sono state espresse ed ho compreso le informazioni ricevute circa le complicanze più comuni
prevedibili nel mio caso specifico, che consistono, qualora debba essere sottoposto a intubazione tracheale
in avulsione dentaria e, inoltre, in _____

_____ Autorizzo inoltre il Medico Anestesista a comunicare notizie relative al mio stato di salute

Dichiarazioni particolari: _____

<data>

_____ firma del Paziente

_____ firma del Medico Anestesista

_____ firma del Genitore/Tutore

Nome e Cognome e Firma di eventuale Testimone/Interprete _____

* 1 nessuna malattia in atto; 2 modesta malattia in atto; 3 grave malattia in atto, senza pericolo di vita;
4 grave malattia in atto, con pericolo di vita; 5 gravissima malattia in atto con immediato pericolo di vita
** normale, elevato, molto elevato.

data:/...../..... sede.....

COGNOME E NOME.....
INDIRIZZO:..... TEL:.....
ETÀ: PESO(KG) ALTEZZA(CM)..... ASA:
INTERVENTO:.....
ANESTESISTA:..... CHIRURGO:.....

anestetico locale: Si No farmaco.....mg.....
adrenalina: Si No dose:
via aerea: spont guedel maschera IOT IRT COPA LMA
respirazione:spont. ass man. IPPV O₂ si no maschera occhialini

Premedicazione:.....ora:.....

induzione(farmaci,dosi):.....

mantenimento:.....

inizio anestesia:ora..... inizio chirurgia:ora.....

Via fleboclisi: 1 2 3 4 MAC opp
venosa: AG

Min	PAS	PAD	Fc	SaO ₂	EtCO ₂	Osservazioni:
bas						
5						
10						
15						
20						
25						
30						
35						
40						
45						
50						
55						
60						
65						
70						
75						
80						
85						
90						
95						
100						
105						
110						
115						
120						
125						
130						
135						
140						
145						
150						
155						
160						
165						
170						
175						
180						

totali:farmaci:ipnotici/sedativi:.....analgesici:.....miorilassanti:.....
altri: stop.analgesia:

fine anestesia:ora fine chirurgia:ora.....

apertura occhi:ora.....orientamento:ora:.....RS ora:.....estub ora:..... seduto:h.....in
piedi h:..... vestirsi h:..... camminare h:..... mangiare h:.....
bere,h:.....effetti collaterali:.....

PONV: se si,terapia.....no. Dolore: se si,terapia.....opp. NO

Dimissione:ora