



CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

MD PS Day-Surgery1-2

rev.3

30 novembre 2011

pagina 1 di 1

S.I.S.Me.R.

Io sottoscritto.....nato a
il.....in programma per intervento chirurgico previsto in regime di Day
Surgery, dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di anestesia a cui verrò sottoposto e
sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali.

Dichiaro che mi è stato spiegato che l'anestesia moderna, come tutte le discipline mediche, non è esente
da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza e che potrebbe essere necessario
prolungare il mio ricovero oltre le 24 ore e modificare la tecnica concordata qualora l'anestesista lo
ritenesse necessario.

Informato dal Dott..... sulla natura della malattia/e da
cui sono affetto che mi colloca nella classe ASA * sono pertanto consapevole che le seguenti
condizioni patologiche mi potrebbero esporre a complicanze
aggiuntive.....

Dichiaro inoltre:

- di essermi attenuto alle indicazioni fornitemi dall'anestesista durante la visita preoperatoria e che da allora non sono intervenute modificazioni di rilievo delle mie condizioni generali:
- di essere digiuno e di non aver assunto liquidi da almeno 6 ore.
- di essere accompagnato dal Signor..... che resterà con me nelle 24 ore successive all'intervento chirurgico.
- di attenermi alle indicazioni datemi per il periodo postoperatorio, la ripresa dell'alimentazione, astensione da impegni fisici e mentali di rilievo.
- di non guidare alcun veicolo a motore o a pedali o utilizzare qualsiasi macchinario nelle 24 ore seguenti l'anestesia.
- di non assumere alcolici nelle 24 ore seguenti l'anestesia

Dichiaro infine quanto segue:

valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

- accetto di sottopormi al trattamento sanitario proposto
- rifiuto di sottopormi al trattamento sanitario proposto

il dichiarante

il medico

.....

.....

Data

I sottoscritti.....nato/a a..... il.....

nato/a a..... il.....

In qualità di rappresentante legale di.....

* CLASSIFICAZIONE ASA

- ASA 1 nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
- ASA 2 modesto disturbo sistemico che può essere correlato alla causa dell'intervento
- ASA 3 grave malattia sistemica correlata o no all'intervento chirurgico
- ASA 4 grave malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico
- ASA 5 paziente moribondo con scarse possibilità di sopravvivenza e che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità.

Emergenza: ogni intervento non dilazionabile e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio.

La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA.