



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

CRO di Aviano - Istituto Nazionale Tumori

**Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e  
Terapia Intensiva**

Direttore Dott. Fabio Fabiani

+39.0434.659-456 ; -367 (segreteria)

+39.0434.659-858 fax

arti@cro.it

## CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

### DATI IDENTIFICATIVI

Nome e cognome del paziente: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

### DATI SANITARI (a cura del medico)

Atto sanitario proposto: \_\_\_\_\_

Intervento chirurgico programmato di: \_\_\_\_\_

- Anestesia Generale
- Anestesia Sub-aracnoidea
- Anestesia Peridurale
- Blocco Nervoso Periferico
- Anestesia Locale
- Sedazione
- Altro

Ricovero in Terapia intensiva per l'assistenza post-operatoria  Previsto  Non previsto

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato del paziente che ha già ricevuto il foglio illustrativo riguardante le varie tecniche anestesiológicas.

Aviano, \_\_\_\_\_

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)

Firma del paziente (per ricevuto prospetto informativo) \_\_\_\_\_  
(nome paziente)

### **ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e di aver compreso quanto sopra proposto dal medico Anestesista.

Dichiaro di aver letto e compreso il foglio illustrativo sulle tecniche di anestesia ed essere stato/a adeguatamente ed esaurientemente informato/a sulle problematiche inerenti l'anestesia, sull'opportunità di un adeguato controllo del dolore post operatorio, sui rischi correlati (anche potenzialmente gravi) e sulle alternative.

Sono a conoscenza che l'anestesia moderna è sicura, tuttavia come accade in tutte le discipline mediche, non è esente da rischi e complicanze anche se operata con perizia.

**Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva**

Direttore Dott. Fabio Fabiani

☎ +39.0434.659-456 ; -367 (segreteria)

☎ +39.0434.659-858 fax

✉ arti@cro.it

So che a garanzia della mia sicurezza sarò sottoposto/a a monitoraggio più idoneo delle funzioni vitali e, nel caso di insorgenza di complicanze particolarmente gravi, potrò anche essere ricoverato/a in Terapia Intensiva nel periodo post-operatorio.

Mi impegno a rispettare le prescrizioni fornitemi e ad assumere regolarmente anche il giorno dell'intervento tutta la terapia domiciliare, eccetto: \_\_\_\_\_

Sono stato/a informato/a che, sempre nel mio interesse, la tecnica di anestesia prescelta può essere modificata qualora l'Anestesista Rianimatore lo ritenga necessario.

Sono a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accenso**    **Non accenso**   **all'anestesia postoperatoria** effettuata mediante tecnica:

- Peridurale
- Blocco Nervoso Periferico
- Endovenosa
- Orale
- Altro \_\_\_\_\_

**Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'anestesia e le sue possibili complicanze:**

DOMANDA: \_\_\_\_\_

RISPOSTA: \_\_\_\_\_

DOMANDA: \_\_\_\_\_

RISPOSTA: \_\_\_\_\_

**Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.**

Sono a conoscenza della possibilità di **revocare** il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

**Se donna in età fertile:** conferma di  **essere**    **non essere** in stato di gravidanza

**Allergie e/o intolleranze a farmaci:**  **no**    **sì** Se sì, specificare: \_\_\_\_\_

Recepita l'informazione ricevuta

- Accenso**
- Non accenso**

all'effettuazione dell'intervento/atto sanitario su indicato.

Aviano, \_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_  
(nome paziente)



**Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e  
Terapia Intensiva**

Direttore Dott. Fabio Fabiani

+39.0434.659-456 ; -367 (segreteria)

+39.0434.659-858 fax

arti@cro.it

- AUTORIZZO**
- NON AUTORIZZO**

l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune durante l'intervento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento  
stesso, con impegno di descrivere nella cartella anestesologica operatoria nel modo più esaustivo le condizioni  
intraoperatorie che le hanno motivate.

Aviano, \_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_  
(nome paziente)

Da firmare in caso di **PAZIENTE MINORENNE**

Aviano, \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Informativa data al paziente **TRAMITE INTERPRETE**

Nome e cognome dell'interprete (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma dell'interprete \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome del testimone (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma dell'interprete \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome del testimone (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma dell'interprete \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Amministratore di sostegno/Tutore legale** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Rifiuto consenso** \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA a CARATTERE SCIENTIFICO

CRO di Aviano - Istituto Nazionale Tumori

**Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e  
Terapia Intensiva**

Direttore Dott. Fabio Fabiani

☎ +39.0434.659-456 ; -367 (segreteria)

☎ +39.0434.659-858 fax

✉ arti@cro.it

## REVOCA AL CONSENSO INFORMATO

### DATI IDENTIFICATIVI

Nome e cognome del paziente: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_