

**IRCCS CRO**Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

SOC Anestesia e rianimazione

Direttore Dott. Fabrizio Brescia

☎ +39 0434 659 367 (segreteria)

✉ 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.

**IRCCS CRO**Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

SOC Anestesia e rianimazione

Direttore Dott. Fabrizio Brescia

☎ +39 0434 659 367 (segreteria)

✉ 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: _____

☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento** all'analgesia 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

☐ **Acconsento**

☐ **Non acconsento**

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

Aviano, _____

Firma del paziente

(nome paziente)

**IRCCS CRO**Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

SOC Anestesia e rianimazione

Direttore Dott. Fabrizio Brescia

☎ +39 0434 659 367 (segreteria)

✉ arti@cro.it

- ☐ **AUTORIZZO**
☐ **NON AUTORIZZO**

l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure aggiuntive 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 esauriente 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 _____



IRCCS CRO

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

SOC Anestesia e rianimazione

Direttore Dott. Fabrizio Brescia

☎ +39 0434 659 367 (segreteria)

✉ arti@cro.it

REVOCA AL CONSENSO INFORMATO

DATI IDENTIFICATIVI

Nome e cognome del paziente: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Data _____

Firma _____