

UNITÀ OPERATIVA ANESTESIA E BLOCCHI OPERATORI

Modulo

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ANALGESIA/ANESTESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

rev 07/2025

COGNOME..... NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA.....

INFORMAZIONI FORNITE:

- *Alla paziente*
- *Ai genitori*
- *Al tutore/curatore/amministratore di sostegno*

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

- Possibilità di strategie alternative non farmacologiche di contenimento del dolore
- Alla tipologia di trattamento anestesiológico indicato per il mio caso specifico
 - analgesia /anestesia epidurale
 - analgesia / anestesia spinale
 - analgesia/ anestesia spino-peridurale
 - analgesia endovenosa
 - anestesia generale
- al fatto che, in generale i trattamenti anestesiológicos moderni presentano un grande margine di sicurezza, ma che in rarissimi casi possono comportare complicanze di varia gravità anche se attuati con la massima diligenza, prudenza e perizia
- a eventuali rischi e/o complicanze connessi al trattamento anestesiológico indicato per il mio caso specifico
- al fatto che il trattamento analgesico/anestetico concordato potrebbe essere modificato qualora si verificassero condizioni particolari
- al fatto che, al momento del parto, dovranno essere confermate le condizioni cliniche di idoneità e che l'analgesia epidurale potrebbe dover essere annullata, oltre che per variazioni del mio stato di salute, anche per motivi organizzativi emergenti tali da non garantire un'adeguata assistenza;
- inoltre che, seppur in ipotesi remota, potrà essere erogata con ritardo ovvero potrà non essere espletata, qualora si verifichino contemporaneamente documentate emergenze di carattere clinico che richiedano la presenza dell'anestesista

Inoltre (segnare l'opzione attuata):

- Sono state fornite alla paziente/ovvero a chi esercita la potestà genitoriale/ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) / ovvero alla persona incaricata dalla paziente, tutte le informazioni **durante il corso on-line mensile** o attraverso il **materiale digitale presente sul sito dell'ospedale** relativo al trattamento analgesico/anestesiológico concordato e/o attraverso brochure informativa.
- In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio facendo firmare per presa visione la paziente, ovvero chi esercita potestà genitoriale, ovvero al rappresentante legale, ovvero alla persona incaricata dalla paziente di ricevere informazioni ed esprimere il consenso in sua vece.

In caso di ulteriori necessità informative o spiegazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa di anestesia e Rianimazione contattando il seguente numero telefonico 0536 846757 dalle ore 14 alle ore 20 o al seguente indirizzo email: partoanalgesia@ospedalesassuolo.it.

EVENTUALI ANNOTAZIONI.....

Data.....

Il Medico

UNITÀ OPERATIVA ANESTESIA E BLOCCHI OPERATORI

ESPRESSIONE/NEGAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Verificato che la Sig.ra..... ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici del trattamento, si procede ad acquisire il consenso.

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott.....e quindi:

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

ALL'ESECUZIONE DELL'ANALGESIA/ ANESTESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

- **Firma della paziente**(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

- Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità(in caso di paziente minorenni)

- Firma del tutore o curatore o amministratore di Sostegno(verificata la loro identità e acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministratore di sostegno)

- Firma della persona incaricate dalla paziente
(acquisita la volontà in tal senso dalla paziente su apposito modulo e verifica sua identità)

Data

Firma e timbro del medico