

<div><div><div>Ospedale San Gerardo</div></div><div><div><div>Regione Lombardia</div></div><div>ASST Monza</div></div></div> <div><div>Anestesia</div><div>Presidio di Monza</div></div>	<div>CONSENSO INFORMATO</div> <div>ANESTESIA PER LE</div> <div>PROCEDURE PERIPARTUM</div>	<div>REV. 0 del</div> <div>01.08.2018</div>	<div>Pag. 1 di 8</div>
		<div>SAR-CI-002</div>	

“Copia per l’assistita/o”

Gentile Signora/e,

questo foglio informativo è stato realizzato per dare alle persone che debbono affrontare un percorso di cura che prevede l'espressione del proprio consenso, una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore consapevolezza l'impegno che li aspetta.

Una persona ben informata ed un colloquio con i medici che la prenderanno in cura sono una solida premessa per il successo dell'intervento/procedura/terapia di seguito descritto.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

OGGETTO DEL CONSENSO INFORMATO

In questo foglio verranno descritte le tecniche anestesiológicas che possono essere utilizzate per le procedure chirurgiche eventualmente necessarie nel periodo immediatamente precedente o successivo al parto (periodo detto “peripartum”).

La tecnica anestesiológica proposta e pianificata e/o eventuali preferenze espresse dalla paziente, vengono generalmente rispettate, sempre a discrezione del Medico Anestesista che valuta l'evoluzione delle condizioni cliniche e l'eventuale presenza di situazioni di urgenza/emergenza che impongano l'attuazione immediata della procedura ritenuta più sicura.

Di seguito Le viene prima illustrata la procedura per la quale è richiesta l'anestesia; successivamente Le viene spiegata nel dettaglio la tecnica anestesiológica:

Procedure:

☐ **TAGLIO CESAREO:**

Per il taglio cesareo viene proposta una anestesia in cui c'è un'abolizione reversibile della sensibilità in una regione specifica del corpo (nel caso del parto l'addome), ottenuta mediante l'iniezione di un anestetico a livello midollare (*subaracnoidea o spinale*) o perimidollare (*epidurale*). L'anestesia generale è una tecnica di seconda scelta per il taglio cesareo, con indicazioni specifiche.

☐ **SECONDAMENTO MANUALE DELLA PLACENTA:**

Se fosse necessario procedere al secondamento manuale della placenta, nel caso di catetere peridurale già in sede per l'analgesia del travaglio, si somministreranno attraverso di esso farmaci anestetici che trasformeranno l'analgesia in una vera e propria anestesia epidurale.

Altrimenti, a discrezione del medico Anestesista, si potrà ricorrere ad una anestesia spinale o a una anestesia generale o a una sedazione profonda, in base a criteri clinici definiti (stomaco pieno, emorragia in atto, ...).

☐ **REVISIONE DELLA CAVITA' UTERINA (RCU):**

Si tratta di una procedura che consente di rimuovere dalla cavità uterina materiale abortivo o frammenti di placenta ritenuta.

Se l'intervento è programmato e la paziente a digiuno, e se non ci sono controindicazioni, la procedura viene fatta in sedazione profonda. Altrimenti l'Anestesista valuterà se ricorrere, in ordine di scelta, ad una anestesia spinale o generale.

☐ **CERCHIAGGIO**

Il cerchiaggio del collo dell'utero è una pratica chirurgica che si effettua in gravidanza quando il collo dell'utero non rimane chiuso, creando quindi la possibilità che il feto possa nascere prima del termine della gravidanza. L'intervento ha una durata media di 30-40 minuti.

L'anestesia di prima scelta è l'anestesia Spinale, di seconda scelta l'anestesia generale.

 <p>Anestesia Presidio di Monza</p>	CONSENSO INFORMATO ANESTESIA PER LE PROCEDURE PERIPARTUM	REV. 0 del 01.08.2018	Pag. 2 di 8
		SAR-CI-002	

☐ **INTERRUZIONE TERAPEUTICA DI GRAVIDANZA (ITG)**

L'ITG è l'interruzione della gravidanza per motivi clinici e può essere effettuata entro il 180° giorno (sesto mese). E' previsto un protocollo di gestione ospedaliera condiviso con Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma (FMBBM) che copre sia il momento dell'induzione del parto, che in genere avviene in reparto di degenza, con farmaci ansiolitici e antidolorifici, sia il momento del parto che in genere avviene in sala parto. In sala parto può essere applicato, se c'è l'indicazione, il protocollo di analgesia del parto con il cateterino epidurale, l'analgesia spinale o l'analgesia endovenosa con oppiacei.

☐ **SUTURE VAGINALI E/O PERINEALI**

Si tratta di una complicanza legata al periodo espulsivo del travaglio. Generalmente il ginecologo provvede alle suture previa anestesia locale. Se la paziente dovesse avere in sede il catetere peridurale, lo stesso potrà essere utilizzato per ottenere un'anestesia chirurgica perineale. Per suture complesse o emorragie clinicamente significative può essere necessario il trasferimento in sala operatoria con ricorso ad un intervento chirurgico più complesso che richiede una anestesia Spinale (prima scelta) o Generale (seconda scelta), la cui indicazione sarà data dall'Anestesista su criteri clinici e anamnestici.

Tecniche anestesilogiche:

1. ANESTESIA SPINALE (o SUBARACNOIDEA)

Si tratta di una anestesia parziale della parte inferiore del corpo (circa dalla fine dello sterno alle gambe): tutta questa parte del corpo è immobilizzata e indenne dal dolore.

La procedura prevede la puntura con un ago sottile a livello lombare, inserito per pochi centimetri sotto il livello della cute, fino oltre una meninge detta "dura madre": qui si inietta il farmaco anestetico locale (con eventuale aggiunta di una dose di un farmaco oppiaceo). L'effetto è quasi immediato. La manovra è sempre preceduta da una accurata disinfezione e asepsi.

Se richiesto dalla paziente o a discrezione dell'Anestesista, possono essere somministrate piccole dosi di farmaci sedativi per ridurre improvvisi o noti stati d'ansia.

Come per tutti i tipi di anestesia descritti oltre, viene assicurato già prima di iniziare e per tutta la durata dell'intervento il monitoraggio completo di tutte le principali funzioni vitali (come da protocolli nazionali ed internazionali), fino al momento della dimissione della paziente dalla sala operatoria.

RISCHI E/O COMPLICANZE

Complicanze Minori (immediate o tardive):

- Calo di pressione arteriosa nei minuti successivi, gestibili con farmaci e liquidi endovena
- Prurito, nausea e/o vomito
- Brivido
- Insuccesso immediato della Spinale (frequenza inferiore all'1%)
- Precoce termine della Spinale e conversione in sedazione profonda/Anestesia Generale
- Cefalea (mal di testa) dopo puntura della meninge "dura madre" (molto rara)
- Ematomi cutanei in sede di puntura, che si risolvono in pochi giorni

Complicanze Maggiori (immediate o tardive, ma molto rare):

- Lesione di radici nervose (Rarissimo evento descritto in letteratura)
- Infezioni delle radici nervose o meningiti
- Anestesia spinale troppo estesa
- Reazione allergica ai farmaci anestetici
- Cali importanti di pressione arteriosa o aritmie cardiache

2. ANESTESIA PERIDURALE (o EPIDURALE)

Si tratta anche in questo caso di un'anestesia di tipo loco-regionale, ma, a differenza della Spinale, viene ottenuta con la somministrazione di farmaci attraverso un catetere posto nello spazio peridurale, localizzato anteriormente alla meninge "dura madre" (*vedi Anestesia Spinale*). Attraverso questo catetere viene somministrato il farmaco anestetico locale, che produce un'anestesia parziale della parte inferiore del corpo, come nell'anestesia Spinale. L'effetto dell'Anestesia peridurale è in genere modulabile in termini di durata.

INDICAZIONI E VANTAGGI

- In alcuni casi in cui il taglio cesareo si preveda prolungarsi oltre i tempi normali
- Patologie della gravidanza o materne preesistenti

<div><div><div>Ospedale San Gerardo</div></div><div><div><div>Regione Lombardia ASST Monza</div></div></div><div>Sistema Socio Sanitario</div></div> <div>Anestesia Presidio di Monza</div>	<div>CONSENSO INFORMATO</div> <div>ANESTESIA PER LE PROCEDURE PERIPARTUM</div>	REV. 0 del 01.08.2018	Pag. 3 di 8
		SAR-CI-002	

- Per la paziente con analgesia peridurale già in corso in travaglio, se è necessario un taglio cesareo urgente o specifiche procedure chirurgiche (p.e. suture vaginali)
- Controllo del dolore nel postpartum in casi particolari

RISCHI E/O COMPLICANZE

Effetti collaterali rari e transitori sono: ipotensione materna transitoria ($\approx 1\%$), prurito di lieve entità ($\approx 10\%$), nausea e/o vomito ($\approx 0,5\%$).

Complicanza più frequente è la puntura accidentale della meninge "Dura Madre" ($\approx 0,5\%$) a cui può seguire una cefalea (incidenza nel nostro ospedale $\approx 0,3\%$) risolvibile normalmente con il riposo a letto (da 2 a 10 giorni) e un trattamento farmacologico specifico (raramente è necessario ricorrere all'iniezione di sangue nello spazio peridurale per favorire la riparazione della membrana perforata).

Possibili, ma rare, complicanze sono le allergie o reazioni avverse alla somministrazione dei farmaci analgesici.

Rarissime sono le complicanze gravi:

- l'Ematoma Peridurale con possibili danni neurologici (< 1 caso ogni 100000 analgesie);
- l'Ascesso Peridurale (infezione nella sede del cateterino) e la Meningite;
- la Cefalea protratta (settimane o mesi).

Queste ultime problematiche sono comunque solitamente risolubili con terapie mediche (antibiotici, etc.) o chirurgiche.

Eccezionali sono i danni neurologici gravi permanenti (< 1 ogni 150000 Epidurali).

In alcuni casi risulta impossibile posizionare correttamente il cateterino peridurale oppure l'analgesia risulta incompleta pur senza aver riscontrato difficoltà nell'esecuzione della tecnica. Il Medico Anestesista deciderà, caso per caso, se riposizionare un altro cateterino, o ricorrere alla tecnica di analgesia alternativa.

3. ANESTESIA GENERALE (o TOTALE)

Si tratta di una anestesia di seconda scelta per il taglio cesareo, che prevede la completa perdita di coscienza e il completo rilasciamento muscolare (curarizzazione) con la somministrazione di farmaci endovena. La respirazione viene garantita con il posizionamento, a paziente addormentata, di un tubo nelle vie aeree, collegato ad un respiratore.

INDICAZIONI:

- Rifiuto della paziente all'anestesia loco-regionale.
- Presenza di emorragie importanti e pericolose per la salute della paziente.
- Grave patologia infettiva in atto.
- Impossibilità di eseguire l'Anestesia loco-regionale per motivi clinici
- Condizioni di estrema urgenza
- Allergia nota a farmaci anestetici locali

RISCHI E/O COMPLICANZE:

Complicanze minori (frequenza da 1:1000 a 1:10000):

- Rottura o scheggiatura di un dente mentre si posiziona il tubo in trachea
- Flebite della vena dalla quale si iniettano i farmaci
- Risvegli ritardati
- Difficoltà di intubazione

Complicanze maggiori (molto rare, frequenza da 1:10000 a 1:100000):

- Gravi reazioni ai farmaci somministrati endovena o agli anestetici volatili
- Gravi problemi respiratori, prima o dopo aver inserito il tubo in Trachea.
- Passaggio nei polmoni di materiale contenuto nello stomaco (detto "ab ingestis")
- Gravi lesioni alle strutture anatomiche della bocca, gola, trachea, occhi e naso
- Complicanze cliniche da bassa ossigenazione sia materne che fetali

4. SEDAZIONE PROFONDA

Anestesia che prevede la completa perdita di coscienza, e il controllo del dolore, con la somministrazione di farmaci endovena. La respirazione spontanea viene spesso mantenuta o, se necessario, supportata dall'Anestesista attraverso una ventilazione manuale in maschera.

INDICAZIONI E VANTAGGI

 <p>Anestesia Presidio di Monza</p>	<p>CONSENSO INFORMATO</p> <p>ANESTESIA PER LE PROCEDURE PERIPARTUM</p>	<p>REV. 0 del 01.08.2018</p>	<p>Pag. 4 di 8</p>
		<p>SAR-CI-002</p>	

Indicata per procedure di breve durata. Non richiede paralisi muscolare né dispositivi invasivi nelle vie aeree. Il recupero post-operatorio è più rapido e le complicanze sono globalmente inferiori, rispetto all'anestesia generale. Controindicata in pazienti con stomaco pieno per alto rischio di *ab ingestis*.

RISCHI E COMPLICANZE

- Gravi reazioni allergiche ai farmaci somministrati endovena (molto rare)
- Insufficienza respiratoria e/o *ab ingestis*
- Flebite alla vena dalla quale si iniettano i farmaci (molto rara)
- Lesioni agli occhi o al naso (molto rare)
- Risvegli ritardati
- Complicanze neurologiche da bassa ossigenazione (molto rare)

Bibliografia di riferimento

- Sprigge JS. Accidental dural puncture and post dural puncture headache in obstetric anesthesia. *Anesthesia* 2008; 63:36-43.
- Ruppen W. Incidence of epidural hematoma, infection and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology* 2006; 185: 394-9
- Calderini, Salvo, et al. Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio "Anestesia ed Analgesia in Ostetricia" della SIAARTI, 2014
- Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. Ministero della Salute, 2009.

Le ricordiamo che è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento prima della esecuzione della procedura proposta.

Eventuali note integrative:

 <p>Anestesia Presidio di Monza</p>	<p>CONSENSO INFORMATO</p> <p>ANESTESIA PER LE PROCEDURE PERIPARTUM</p>	<p>REV. 0 del 01.08.2018</p>	<p>Pag. 5 di 8</p>
		<p>SAR-CI-002</p>	

“Copia da allegare alla documentazione sanitaria ”

Gentile Signora/e,

questo foglio informativo è stato realizzato per dare alle persone che debbono affrontare un percorso di cura che prevede l'espressione del proprio consenso, una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore consapevolezza l'impegno che li aspetta.

Una persona ben informata ed un colloquio con i medici che la prenderanno in cura sono una solida premessa per il successo dell'intervento/procedura/terapia di seguito descritto.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

OGGETTO DEL CONSENSO INFORMATO

In questo foglio verranno descritte le tecniche anestesilogiche che possono essere utilizzate per le procedure chirurgiche eventualmente necessarie nel periodo immediatamente precedente o successivo al parto (periodo detto “peripartum”).

La tecnica anestesilogica proposta e pianificata e/o eventuali preferenze espresse dalla paziente, vengono generalmente rispettate, sempre a discrezione del Medico Anestesista che valuta l'evoluzione delle condizioni cliniche e l'eventuale presenza di situazioni di urgenza/emergenza che impongano l'attuazione immediata della procedura ritenuta più sicura.

Di seguito Le viene prima illustrata la procedura per la quale è richiesta l'anestesia; successivamente Le viene spiegata nel dettaglio la tecnica anestesilogica:

Procedure:

☐ **TAGLIO CESAREO:**

Per il taglio cesareo viene proposta una anestesia in cui c'è un'abolizione reversibile della sensibilità in una regione specifica del corpo (nel caso del parto l'addome), ottenuta mediante l'iniezione di un anestetico a livello midollare (*subaracnoidea o spinale*) o perimidollare (*epidurale*). L'anestesia generale è una tecnica di seconda scelta per il taglio cesareo, con indicazioni specifiche.

☐ **SECONDAMENTO MANUALE DELLA PLACENTA:**

Se fosse necessario procedere al secondamento manuale della placenta, nel caso di catetere peridurale già in sede per l'analgesia del travaglio, si somministreranno attraverso di esso farmaci anestetici che trasformeranno l'analgesia in una vera e propria anestesia epidurale.

Altrimenti, a discrezione del medico Anestesista, si potrà ricorrere ad una anestesia spinale o a una anestesia generale o a una sedazione profonda, in base a criteri clinici definiti (stomaco pieno, emorragia in atto, ...).

☐ **REVISIONE DELLA CAVITA' UTERINA (RCU):**

Si tratta di una procedura che consente di rimuovere dalla cavità uterina materiale abortivo o frammenti di placenta ritenuta.

Se l'intervento è programmato e la paziente a digiuno, e se non ci sono controindicazioni, la procedura viene fatta in sedazione profonda. Altrimenti l'Anestesista valuterà se ricorrere, in ordine di scelta, ad una anestesia spinale o generale.

☐ **CERCHIAGGIO**

Il cerchiaggio del collo dell'utero è una pratica chirurgica che si effettua in gravidanza quando il collo dell'utero non rimane chiuso, creando quindi la possibilità che il feto possa nascere prima del termine della gravidanza. L'intervento ha una durata media di 30-40 minuti.

L'anestesia di prima scelta è l'anestesia Spinale, di seconda scelta l'anestesia generale.

<div><div><div>Ospedale San Gerardo</div></div><div><div><div>Regione Lombardia</div></div><div>ASST Monza</div></div></div> <div><div>Anestesia</div><div>Presidio di Monza</div></div>	<div>CONSENSO INFORMATO</div> <div>ANESTESIA PER LE</div> <div>PROCEDURE PERIPARTUM</div>	<div>REV. 0 del</div> <div>01.08.2018</div>	<div>Pag. 6 di 8</div>
		<div>SAR-CI-002</div>	

☐ **INTERRUZIONE TERAPEUTICA DI GRAVIDANZA (ITG)**

L'ITG è l'interruzione della gravidanza per motivi clinici e può essere effettuata entro il 180° giorno (sesto mese). E' previsto un protocollo di gestione ospedaliera condiviso con Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma (FMBBM) che copre sia il momento dell'induzione del parto, che in genere avviene in reparto di degenza, con farmaci ansiolitici e antidolorifici, sia il momento del parto che in genere avviene in sala parto. In sala parto può essere applicato, se c'è l'indicazione, il protocollo di analgesia del parto con il cateterino epidurale, l'analgesia spinale o l'analgesia endovenosa con oppiacei.

☐ **SUTURE VAGINALI E/O PERINEALI**

Si tratta di una complicanza legata al periodo espulsivo del travaglio. Generalmente il ginecologo provvede alle suture previa anestesia locale. Se la paziente dovesse avere in sede il catetere peridurale, lo stesso potrà essere utilizzato per ottenere un'anestesia chirurgica perineale. Per suture complesse o emorragie clinicamente significative può essere necessario il trasferimento in sala operatoria con ricorso ad un intervento chirurgico più complesso che richiede una anestesia Spinale (prima scelta) o Generale (seconda scelta), la cui indicazione sarà data dall'Anestesista su criteri clinici e anamnestici.

Tecniche anestesilogiche:

5. ANESTESIA SPINALE (o SUBARACNOIDEA)

Si tratta di una anestesia parziale della parte inferiore del corpo (circa dalla fine dello sterno alle gambe): tutta questa parte del corpo è immobilizzata e indenne dal dolore.

La procedura prevede la puntura con un ago sottile a livello lombare, inserito per pochi centimetri sotto il livello della cute, fino oltre una meninge detta "dura madre": qui si inietta il farmaco anestetico locale (con eventuale aggiunta di una dose di un farmaco oppiaceo). L'effetto è quasi immediato. La manovra è sempre preceduta da una accurata disinfezione e asepsi.

Se richiesto dalla paziente o a discrezione dell'Anestesista, possono essere somministrate piccole dosi di farmaci sedativi per ridurre improvvisi o noti stati d'ansia.

Come per tutti i tipi di anestesia descritti oltre, viene assicurato già prima di iniziare e per tutta la durata dell'intervento il monitoraggio completo di tutte le principali funzioni vitali (come da protocolli nazionali ed internazionali), fino al momento della dimissione della paziente dalla sala operatoria.

RISCHI E/O COMPLICANZE

Complicanze Minori (immediate o tardive):

- Calo di pressione arteriosa nei minuti successivi, gestibili con farmaci e liquidi endovena
- Prurito, nausea e/o vomito
- Brivido
- Insuccesso immediato della Spinale (frequenza inferiore all'1%)
- Precoce termine della Spinale e conversione in sedazione profonda/Anestesia Generale
- Cefalea (mal di testa) dopo puntura della meninge "dura madre" (molto rara)
- Ematomi cutanei in sede di puntura, che si risolvono in pochi giorni

Complicanze Maggiori (immediate o tardive, ma molto rare):

- Lesione di radici nervose (Rarissimo evento descritto in letteratura)
- Infezioni delle radici nervose o meningiti
- Anestesia spinale troppo estesa
- Reazione allergica ai farmaci anestetici
- Cali importanti di pressione arteriosa o aritmie cardiache

6. ANESTESIA PERIDURALE (o EPIDURALE)

Si tratta anche in questo caso di un'anestesia di tipo loco-regionale, ma, a differenza della Spinale, viene ottenuta con la somministrazione di farmaci attraverso un catetere posto nello spazio peridurale, localizzato anteriormente alla meninge "dura madre" (*vedi Anestesia Spinale*). Attraverso questo catetere viene somministrato il farmaco anestetico locale, che produce un'anestesia parziale della parte inferiore del corpo, come nell'anestesia Spinale. L'effetto dell'Anestesia peridurale è in genere modulabile in termini di durata.

INDICAZIONI E VANTAGGI

- In alcuni casi in cui il taglio cesareo si preveda prolungarsi oltre i tempi normali
- Patologie della gravidanza o materne preesistenti

 <p>Anestesia Presidio di Monza</p>	CONSENSO INFORMATO ANESTESIA PER LE PROCEDURE PERIPARTUM	REV. 0 del 01.08.2018	Pag. 7 di 8
		SAR-CI-002	

- Per la paziente con analgesia peridurale già in corso in travaglio, se è necessario un taglio cesareo urgente o specifiche procedure chirurgiche (p.e. suture vaginali)
- Controllo del dolore nel postpartum in casi particolari

RISCHI E/O COMPLICANZE

Effetti collaterali rari e transitori sono: ipotensione materna transitoria ($\approx 1\%$), prurito di lieve entità ($\approx 10\%$), nausea e/o vomito ($\approx 0,5\%$).

Complicanza più frequente è la puntura accidentale della meninge "Dura Madre" ($\approx 0,5\%$) a cui può seguire una cefalea (incidenza nel nostro ospedale $\approx 0,3\%$) risolvibile normalmente con il riposo a letto (da 2 a 10 giorni) e un trattamento farmacologico specifico (raramente è necessario ricorrere all'iniezione di sangue nello spazio peridurale per favorire la riparazione della membrana perforata).

Possibili, ma rare, complicanze sono le allergie o reazioni avverse alla somministrazione dei farmaci analgesici.

Rarissime sono le complicanze gravi:

- l'Ematoma Peridurale con possibili danni neurologici (< 1 caso ogni 100000 analgesie);
- l'Ascesso Peridurale (infezione nella sede del cateterino) e la Meningite;
- la Cefalea protratta (settimane o mesi).

Queste ultime problematiche sono comunque solitamente risolubili con terapie mediche (antibiotici, etc.) o chirurgiche.

Eccezionali sono i danni neurologici gravi permanenti (<1 ogni 150000 Epidurali).

In alcuni casi risulta impossibile posizionare correttamente il cateterino peridurale oppure l'analgesia risulta incompleta pur senza aver riscontrato difficoltà nell'esecuzione della tecnica. Il Medico Anestesista deciderà, caso per caso, se riposizionare un altro cateterino, o ricorrere alla tecnica di analgesia alternativa.

7. ANESTESIA GENERALE (o TOTALE)

Si tratta di una anestesia di seconda scelta per il taglio cesareo, che prevede la completa perdita di coscienza e il completo rilasciamento muscolare (curarizzazione) con la somministrazione di farmaci endovena. La respirazione viene garantita con il posizionamento, a paziente addormentata, di un tubo nelle vie aeree, collegato ad un respiratore.

INDICAZIONI:

- Rifiuto della paziente all'anestesia loco-regionale.
- Presenza di emorragie importanti e pericolose per la salute della paziente.
- Grave patologia infettiva in atto.
- Impossibilità di eseguire l'Anestesia loco-regionale per motivi clinici
- Condizioni di estrema urgenza
- Allergia nota a farmaci anestetici locali

RISCHI E/O COMPLICANZE:

Complicanze minori (frequenza da 1:1000 a 1:10000):

- Rottura o scheggiatura di un dente mentre si posiziona il tubo in trachea
- Flebite della vena dalla quale si iniettano i farmaci
- Risvegli ritardati
- Difficoltà di intubazione

Complicanze maggiori (molto rare, frequenza da 1:10000 a 1:100000):

- Gravi reazioni ai farmaci somministrati endovena o agli anestetici volatili
- Gravi problemi respiratori, prima o dopo aver inserito il tubo in Trachea.
- Passaggio nei polmoni di materiale contenuto nello stomaco (detto "ab ingestis")
- Gravi lesioni alle strutture anatomiche della bocca, gola, trachea, occhi e naso
- Complicanze cliniche da bassa ossigenazione sia materne che fetali

8. SEDAZIONE PROFONDA

Anestesia che prevede la completa perdita di coscienza, e il controllo del dolore, con la somministrazione di farmaci endovena. La respirazione spontanea viene spesso mantenuta o, se necessario, supportata dall'Anestesista attraverso una ventilazione manuale in maschera.

INDICAZIONI E VANTAGGI

 <p>Anestesia Presidio di Monza</p>	CONSENSO INFORMATO ANESTESIA PER LE PROCEDURE PERIPARTUM	REV. 0 del 01.08.2018	Pag. 8 di 8
		SAR-CI-002	

Indicata per procedure di breve durata. Non richiede paralisi muscolare né dispositivi invasivi nelle vie aeree. Il recupero post-operatorio è più rapido e le complicanze sono globalmente inferiori, rispetto all'anestesia generale. Controindicata in pazienti con stomaco pieno per alto rischio di *ab ingestis*.

RISCHI E COMPLICANZE

- Gravi reazioni allergiche ai farmaci somministrati endovena (molto rare)
- Insufficienza respiratoria e/o *ab ingestis*
- Flebite alla vena dalla quale si iniettano i farmaci (molto rara)
- Lesioni agli occhi o al naso (molto rare)
- Risvegli ritardati
- Complicanze neurologiche da bassa ossigenazione (molto rare)

Bibliografia di riferimento

- Sprigge JS. Accidental dural puncture and post dural puncture headache in obstetric anesthesia. *Anesthesia* 2008; 63:36-43.
- Ruppen W. Incidence of epidural hematoma, infection and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology* 2006; 185: 394-9
- Calderini, Salvo, et al. Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio "Anestesia ed Analgesia in Ostetricia" della SIAARTI, 2014
- Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. Ministero della Salute, 2009.

Le ricordiamo che è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento prima della esecuzione della procedura proposta.

Eventuali note integrative:

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____

Data di consegna _____ Firma dell'assistita _____

Oppure

Firma dei genitori

Oppure

Firma del rappresentante legale _____

Le pagine da 1 a 4 del presente documento sono state consegnate all'assistito quale copia conforme della presente informazione.

**MODULO ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO ANESTESIA**

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Dichiaro di essere stata/o informata/o dal dr. _____ che sarò sottoposta/o a
☐ intervento chirurgico ☐ procedura diagnostico terapeutica per _____
 per la quale è necessaria una procedura anestesiológica.

Il medico anestesista mi ha informata/o che per le mie condizioni generali l'intervento/procedura, comporta un rischio anestesiológico:

☐ **generico** ☐ **aumentato** ☐ **elevato** ☐ **elevatissimo**
 [ASA1] **[ASA 2]** **[ASA 3]** **[ASA 4]**

e mi è stato inoltre spiegato che nel caso specifico è

☐ **necessario** ☐ **preferibile** ☐ **indifferente** il seguente tipo di anestesia:

☐ **anestesia generale** ☐ **anestesia generale + loco-regionale** ☐ **anestesia loco -regionale**
☐ **anestesia locale assistita** ☐ **sedoanalgesia profonda** ☐ _____

Le indicazioni alla procedura, le modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, le eventuali alternative e le conseguenze di un mio eventuale rifiuto mi sono stati illustrati nel colloquio e sono schematicamente sintetizzati nell'informativa che mi è stata consegnata e che ho letto. I rischi e le possibili complicanze aggiuntive in relazione alla mia condizione clinica:

☐ avulsione/rottura dentaria accidentale; ☐ cardiovascolari; ☐ respiratorie; ☐ dismetaboliche; ☐ tromboemboliche;
☐ emorragiche; ☐ neurologiche; ☐ altro _____

Sono inoltre stata/o informata/o che il monitoraggio di routine delle funzioni vitali potrà essere integrato da procedure di monitoraggio come illustrate durante il colloquio e che, nello specifico caso

☐ **è stato programmato il ricovero postoperatorio in terapia intensiva.**

Sono consapevole che obiettive difficoltà di esecuzione e/o problemi contingenti possono rendere necessario il cambiamento del tipo di procedura anestesiológica proposta e concordata. Mi è stato anche proposto per il controllo del dolore post operatorio la strategia analgesica sistemica e/o locoregionale della quale mi sono stati esposti le modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, le eventuali alternative e le conseguenze di un mio eventuale rifiuto. Ho potuto chiedere al medico chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente date e ho concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa e quindi

☐ **CONSENSO** ☐ **NON CONSENSO** di essere sottoposto a:

☐ anestesia generale	☐ sedoanalgesia profonda	☐ anestesia loco-regionale
☐ anestesia locale assistita	☐ analgesia PCA	☐ analgesia perineurale
☐ analgesia epidurale	☐ analgesia spinale	☐ _____

Firma _____ Firma del medico _____ data ____/____/____ ora ____

Per le donne in età fertile: Dichiaro di essere in stato di gravidanza ☐ sì ☐ no ☐ non noto☐ L'informazione al consenso è avvenuta attraverso l'intervento di mediatore/interprete:
 Cognome: _____ Nome: _____
 Data di nascita: ____/____/____ Luogo di nascita: _____
REVOCA DEL CONSENSO: Dichiaro di revocare il consenso
 Firma _____ Firma Medico _____
 data _____ ora _____
NB. Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura
 Io sottoscritto Dr.: _____ dichiaro che il giorno _____
 alle ore: _____ ho rilevato la impossibilità di acquisire il consenso alla procedura da parte della
 persona assistita a causa di: ☐ Incapacità temporanea a seguito di patologia acuta ☐ Deficit cognitivi
 che non permettono la comprensione delle informazioni.

 Nel diario clinico sono riportate alla data odierna, le informazioni che sono state date ai familiari e il loro parere. Sono
 altresì indicate le motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della procedura.

Data _____ ora _____ Firma del Medico _____