

**CONSENSO INFORMATO ALLA PARTOANALGESIA**

Io sottoscritta _____, nata a _____, il ___/___/___ dichiaro di essere stata esaurientemente informata sulla parto analgesia cui sarò sottoposta:

su mia richiesta, **su indicazione del ginecologo Dott.** _____, per i seguenti motivi: _____.

Dichiaro di essere stata informata che l'analgesia neuroassiale è considerata oggi una tecnica sicura ed efficace per il controllo del dolore del travaglio, ma che essa, come tutte le pratiche sanitarie, non è esente da effetti collaterali e complicazioni di cui sono stata edotta e che ho ben compreso. Dichiaro inoltre di avere ricevuto l'opuscolo informativo e l'informativa predisposti dal servizio di Anestesia e Rianimazione nei quali sono descritti obiettivi, modalità di esecuzione, indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, complicanze e regole comportamentali della analgesia, e di essere stata ulteriormente informata direttamente dall'anestesista:

nel colloquio preliminare in data ___/___/___

alla visita anestesiologica in data ___/___/___ dall'anestesista dott. _____

Sono stata informata che, per la mia condizione specifica, posso essere esposta ai seguenti rischi aggiuntivi: _____

Accetto, inoltre, che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario. Preso atto di quanto sopra, acconsento all'esecuzione dell'analgesia:

Epidurale; Combinata Spinale / Epidurale; Subaracnoidea

DATA ___/___/___

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

Paziente minorenne: firma dei genitori previa acquisizione copia documento identificativo

MADRE: NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

PADRE: NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

Paziente incapace di intendere e volere: Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno riferito agli atti sanitari previa acquisizione di copia di documento identificativo e provvedimento

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

L'ANESTESISTA DOTT. _____ FIRMA _____