



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE  
CONSENSO INFORMATO  
ANESTESIA GENERALE**

Alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ il quale dichiara

- di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni

indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: \_\_\_\_\_

essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ mediante colloquio e consegna del presente scritto alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

in particolare è stata fornita un'informazione dettagliata in vista di  intervento chirurgico  procedura interventistica  esame diagnostico con assistenza anestesiológica propostami per  me stesso,  mio figlio minore,  \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato informato di quanto segue:

l'intervento chirurgico ai quale io verrò sottoposto/a è: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le condizioni di salute mi collocano nella Classe ASA\_\_\_\_<sup>1</sup> l'intervento chirurgico al quale verrò sottoposto è di \_\_\_\_Grado<sup>2</sup>; il rischio relativo rispetto a tale intervento è  normale,  aumentato.

Dichiaro di aver compreso le informazioni circa il tipo di anestesia più appropriato nella mia situazione e, dopo avere preso in considerazione anche le eventuali alternative, esprimo il mio consenso al trattamento anestesilogico ed alle procedure accessorie concordate.

Sono stato/a informato/a che tale trattamento, qualora si verificassero condizioni particolari che mi verranno spiegate, potrebbe essere modificato. Mi è stato spiegato che l'anestesia, pur essendo una metodica sicura della moderna medicina, può comportare ancora oggi, in rarissimi casi, complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico.

Confermo di aver ricevuto informative sulle tecniche di anestesia più appropriata, di averne parlato con l'Anestesista Rianimatore e di aver compreso sia le informazioni che le regole comportamentali da seguire nel periodo pre e post operatorio.

Sono stato/a informato/a che è mio diritto chiedere ulteriori spiegazioni qualora ne avvertissi la necessità. L'intervento chirurgico-anestesilogico potrebbe comportare, oltre alla incannulazione di vene periferiche, anche quella di vene centrali, arterie, o il posizionamento di catetere peridurale per tecniche di anestesia integrata (generale + peridurale) o per il trattamento del dolore postoperatoria.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, ho ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesilogiche verranno adottati prima, durante e dopo l'intervento. In particolare, ho compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili nel mio caso specifico, che consistono in complicanze di tipo  cardiovascolare,  renale,  respiratorio,  neurologico,  metabolico,  allergico,  altro \_\_\_\_\_

e che posso inoltre essere esposto/a ai seguenti rischi aggiuntivi: \_\_\_\_\_

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico

a) è previsto il mio ricovero in Terapia Intensiva per l'assistenza postoperatoria;

b) non è stato previsto il mio ricovero in Terapia Intensiva. qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto.

---

<sup>1</sup> ASA 1: Paziente sano;

ASA 2: Paziente con malattia lieve senza limitazioni funzionali;

ASA 3: Paziente con malattia grave con modica limitazione correlata o meno alla procedura chirurgica proposta;

ASA 4: Paziente con malattia grave con limitazione importante indipendentemente dalla procedura chirurgica proposta;

ASA 5: Paziente con malattia gravissima con immediato pericolo di vita;

E viene aggiunta alla Classe ASA in caso di emergenza.

<sup>2</sup> 1 minore, 2 maggiore, 3 maggiore +, 4 maggiore ++

Altre

dichiarazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore \_\_\_\_\_

**Dichiara** che quanto sopra descritto

era /  NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

**Dichiara di**

essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente

non esserlo stato

**Dichiara, altresì, di**

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

di porre le seguenti domande:

---

---

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

**Acconsente**  **Non acconsente**  al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

**Autorizza**  **Non autorizza**  inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

**Autorizza**  **Non autorizza**  l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente**  **Non acconsente**  che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

**DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO** le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma del Medico

Firma del/della paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REVOCA del Consenso

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico \_\_\_\_\_ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): \_\_\_\_\_

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: \_\_\_\_\_

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

alle ore \_\_\_\_\_

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_