

Cognome:
Nome:
Data di nascita:

Informazione sull'anestesia e consenso

Ogni metodo di anestesia comporta dei rischi particolari di cui desideriamo informarla. Il medico anestesista discuterà con lei il metodo in questione. Non si faccia spaventare dall'elenco dei rischi, poiché complessivamente le complicazioni gravi sono molto rare. Discuta l'informazione sull'anestesia con il suo medico anestesista.

Rischi generali dell'anestesia

Reazione allergica, danni ai nervi, ritenzione urinaria, nausea, vomito, prurito, brividi di freddo, ematomi, dolori alla schiena, arresto respiratorio e circolatorio, alterazione della capacità di concentrazione e dell'attenzione.

Anestesia generale ("anestesia totale")

Eliminazione della percezione del dolore e dello stato di coscienza.

Rischi specifici: aspirazione di contenuto gastrico, lesioni delle corde vocali (raucedine, difficoltà respiratorie), difficoltà di deglutizione, danni ai denti, risveglio durante l'anestesia, agitazione o perturbazione dopo l'anestesia.

Anestesia in prossimità della spina dorsale ("anestesia parziale", anestesia peridurale, anestesia spinale)

Eliminazione della percezione del dolore mediante anestesia dei nervi vicini al midollo spinale.

Rischi specifici: mal di testa, diminuzione della pressione arteriosa con nausea, calo dell'udito e della vista. Molto raro emorragia/infezione nel canale del midollo, deterioramento ai nervi, paralisi permanente degli arti (paraplegie), dolori cronici.

Metodi di anestesia locale (p. es. anestesia tronculare, anestesia di infiltrazione o intravenosa)

Eliminazione della percezione del dolore di singoli nervi o di singole regioni (spalla, braccio, gamba).

Rischi specifici: danni ai nervi, come p. es. disturbi della sensibilità, paralisi, dolori cronici.

Sedazione

Riduzione della percezione con medicinali durante interventi o operazioni in anestesia parziale o locale.

Rischi specifici: rallentamento della respirazione, alterazione della coscienza.

Con le anestesi in prossimità della spina dorsale e i metodi di anestesia locale l'eliminazione del dolore può risultare insufficiente. In questi casi è tuttavia possibile eseguire in qualsiasi momento un'anestesia generale aggiuntiva.

Rischi specifici connessi a misure particolari nel caso di grandi interventi o di gravi malattie sistemiche

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catetere arterioso | Infezione, occlusione vascolare, emorragia |
| <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale o cardiaco nell'atrio destro | Infezione, danni ai nervi, emorragia, aritmie, collasso/emorragia polmonare |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale | Infezione, tenesmo vescicale, successivo restringimento dell'uretra |
| <input type="checkbox"/> Trasfusione di sangue | Trasmissione di malattie virali (epatite, AIDS), reazione di |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia transesofagea | Danni ai denti, disturbi della deglutizione, lesioni all'esofago |

Come comportarsi dopo un'anestesia ambulatoriale

Se l'intervento viene eseguito ambulatorialmente, il paziente deve essere accompagnato a casa da una persona adulta e deve essere assicurata l'assistenza a domicilio. A causa degli effetti postumi dell'anestesia, salvo indicazione diversa del medico, occorre astenersi per 24 ore dalla guida di veicoli e dall'uso di macchinari ed evitare assolutamente l'assunzione di bevande alcoliche e di tranquillanti. Inoltre si consiglia di non prendere decisioni importanti.

Il medico anestesista discuterà personalmente con lei l'anestesia prevista.

Di seguito può annotare le sue domande:

.....
.....

Annotazioni del medico sul colloquio informativo:

Durata del cella consultazione:.....Minuti

.....
.....

Il medico mi ha informato in modo sufficiente sul metodo e sui rischi dell'anestesia e non ho altre domande. Mi dichiaro d'accordo con il metodo di anestesia convenuto nonché con eventuali cambiamenti e ampliamenti o interventi secondari e successivi che dovessero rendersi necessari. Autorizzo la valutazione e pubblicazione sotto forma anonima e per scopi scientifici dei dati di routine registrati durante il trattamento preoperatorio.

Non autorizzo la pubblicazione dei dati anonimizzati.

.....
Data

.....
Firma della/del Firma del medico

Questionario sull'anestesia

Per poter valutare i rischi che un'anestesia potrebbe comportare nel suo caso, la preghiamo di rispondere alle domande riportate di seguito e di portare con sé il questionario compilato in ospedale. Il questionario serve come base per il colloquio con il medico anestesista. Con la sua firma lei conferma l'esattezza delle risposte fornite. La ringraziamo per la sua collaborazione.

		SI	NO
• Si sente in buona salute?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• È in grado di salire due piani di scale senza fermarsi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha sofferto di gravi malattie negli ultimi anni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
• Soffre di:	> tendenza alle emorragie, formazione di ematomi senza motivo particolare, tendenza a perdita di sangue dal naso o dalle gengive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> pressione alta (ipertonia), pressione bassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> malattie cardiache, angina pectoris, infarto cardiaco, difetto cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> aritmia cardiaca, fibrillazione atriale, extrasistole, polso irregolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> malattie polmonari, asma, bronchite cronica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> ulcera gastrica, reflusso gastroesofageo, vomito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> allergie (p. es. raffreddore da fieno, eczema, allergia al nickel, alle punture d'api, ecc.)? Ha mai avuto una reazione insolita (allergia) a medicinali come antibiotici (p. es. penicillina, bactrim), anestetici (narcotici), iodio o altre sostanze come lattice, gomma, cerotti, banane, kiwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> patologie oculari? (glaucoma/cataratta, precedenti operazioni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> forti reumatismi (reumatismo articolare, febbre reumatica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> malattie della tiroide, malattie renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> malattie del fegato, ittero, epatite, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> epilessia, emicrania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> malattie muscolari, debolezza muscolare, ipertermia maligna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> dolori alla schiena, sciatalgia, paralisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
• Qualcuno dei suoi consanguinei ha avuto problemi in seguito ad un'anestesia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha ricevuto in passato una trasfusione di sangue?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì:	> ha avuto una trasfusione di sangue negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	> ci sono state complicazioni a causa di una trasfusione di sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
• Solo per le donne:	È incinta? Se sì, quando ha avuto l'ultimo ciclo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
• Fuma?	Quanto? Da quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beve regolarmente bevande alcoliche?	Quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fa uso di droghe?	Quali? Quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Deve prendere regolarmente medicinali, in particolare medicinali anticoagulanti o inibitori delle piastrine (p. es. Sintrom, Marcoumar, Aspirina, Tiatral, Persantin, Fragmin, Fraxiparina, ecc.)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì: quali e in quale quantità?			
Se ha una scheda di dosaggio, la preghiamo di portarla con sé:			
.....			
.....			
• Ha già subito altre operazioni in passato?	Se sì, di che tipo? quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
• Ci sono stati problemi in seguito all'anestesia?	Se sì, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			