



**ATTO SANITARIO: TECNICHE ANESTESIOLOGICHE**  
**ANESTESIA GENERALE/ANESTESIA REGIONALE/SEDAZIONE**

TRIESTE, .....

Dipartimento di Chirurgia  
SCO Anestesia e Rianimazione

**PARTE A**

Io/noi sottoscritto/a/i .....  
in qualità di  assistito  madre  padre  genitori  tutore  altro (specificare) .....  
e responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

**DATI IDENTIFICATIVI**

**Dati identificativi  
dell'assistito**

Etichetta

Cognome ..... Nome.....  
Nato a.....il .....  
Residente a .....CAP.....  
in Via.....

**Dati dei genitori del  
titolare della potestà  
genitoriale\*:**

*Nome e cognome dei genitori*  
Madre Cognome ..... Nome.....  
Nato a.....il .....  
Residente a .....CAP.....  
in Via.....

Padre Cognome ..... Nome.....  
Nato a.....il .....  
Residente a .....CAP.....  
in Via.....

*Titolare potestà genitoriale*  
Cognome ..... Nome.....  
Nato a.....il .....  
Residente a .....CAP.....  
in Via.....

*\*In caso di minore vi è la necessità del consenso fornito da entrambi i genitori, o da chi, giuridicamente, ne fa le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è presa in considerazione.*

*\*In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente, attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199)*

*\*In caso di presenza del solo legale rappresentante va allegata la documentazione che indica i poteri conferiti.*

**DICHIARO/DICHIARIAMO**

di essere stato/a/i informato/a/i in maniera chiara, completa e comprensibile

dal dott. \_\_\_\_\_

(se del caso) con il supporto del mediatore culturale Sig. \_\_\_\_\_

**Istituto di Ricovero e Cura a  
Carattere Scientifico pediatrico  
Burlo Garofolo**

Ospedale di alta specializzazione e di rilievo  
nazionale per la salute della donna e del bambino

● 34137 Trieste ● via dell'Istria 65/1 ● tel.+39.040.3785.537 ● fax +39.040.3785.455 ● cf. 00124430323 ●

al seguente ATTO SANITARIO: Riguardo gli argomenti seguenti:

### **DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE**

### **ATTO SANITARIO**

#### **TECNICHE ANESTESIOLOGICHE**

- 1. ANESTESIA GENERALE**
- 2. ANESTESIA LOCO REGIONALE**
  - 1.1 ANESTESIA SPINALE**
  - 2.2 ANESTESIA EPIDURALE**
  - 3.3 BLOCCO PERIFERICO**
  - 4.4 ANESTESIA COMBINATA (GENERALE O SEDAIONE PIÙ LOCO-REGIONALE)**
- 3. SEDAIONE**

#### **1. ANESTESIA GENERALE**

L'anestesia generale sopprime totalmente la coscienza ed elimina la sensibilità al dolore. La tecnica consiste nella somministrazione di un gas anestetico e/o di agenti anestetici endovenosi in associazione a vari farmaci tra cui analgesici narcotici, psicofarmaci, paralizzanti muscolari.

È per lo più condotta in respirazione assistita attraverso un tubo endotracheale o una maschera laringea che permettono la respirazione manuale o meccanica durante tutto l'intervento.

#### **ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO**

La necessità anatomica o chirurgica del controllo delle vie aeree in interventi che richiedono tale sicurezza rende questa tecnica la più adeguata ad offrire tali garanzie.

#### **RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO**

Nausea e vomito, aritmie cardiache, calo della pressione arteriosa, edema polmonare, lesione dei denti, broncospasmo, traumi alle vie aeree, iperiperglicemia, alterazioni elettrolitiche, danni cerebrali da mancata ossigenazione o grave ipotensione. L'incidenza delle complicanze più gravi varia tra 1,5 e 5 ogni 100.000 anestesie e può essere accresciuta da malattie concomitanti e dal tipo di intervento.

L'anestesia generale e la sedazione possono determinare la percezione di suoni, voci, o favorire l'insorgenza di sogni. Tale fenomeno ha una frequenza dello 0,2-0,4 %

#### **LE EVENTUALI ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)**

**2. ANESTESIA LOCO REGIONALE**

Abolisce la sensibilità dolorifica in determinate parti del corpo, ma non sopprime la coscienza. In tale tecnica vengono impiegati anestetici locali o altri farmaci per ottenere l'anestesia o l'analgesia solo della parte da operare. Talvolta prima della procedura si ricorre ad una anestesia generale inalatoria e/o endovenosa, di norma senza intubazione, in pazienti non collaboranti. Le sostanze per l'anestesia loco-regionale e/o gli antidolorifici ( per es. gli oppioidi) possono essere somministrati in dosi singole (spinale o caudale), ripetute o in modo continuo attraverso un sottile catetere ( epidurale).

Nel caso di un insufficiente effetto e/o durata dell'anestesia regionale o di una sua eccessiva diffusione è necessario passare all'anestesia generale vera e propria.

**ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Localizzazione dell'anestesia, minori effetti potenzialmente tossici per il paziente, bassa incidenza di effetti collaterali.

**RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO**

L'anestesia spinale si associa a calo della pressione arteriosa (33%), riduzione della frequenza cardiaca (13%), nausea ( 18%) e cefalea (3,9 %). Complicanze più gravi sono molto rare.

Le anestesi peridurali possono causare aree di formicolio agli arti inferiori o alterazioni della motilità la cui incidenza varia da 1,6 a 2 casi ogni 10.000 anestesi.

Tale incidenza si è ulteriormente ridotta negli ultimi anni.

La complicanza più grave, l'ematoma perdurale, si può manifestare in 1 caso su 100-150.000 anestesi peridurali.

**LE EVENTUALI ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)****2.1 ANESTESIA SPINALE**

L'iniezione viene effettuata nello spazio subaracnoideo cioè nel liquor cerebro-spinale della colonna vertebrale lombare; viene spesso preceduta da un'anestesia locale e fa effetto dopo qualche minuto.

**2.2 ANESTESIA EPIDURALE**

L'iniezione viene praticata nello spazio peridurale (tra la dura madre e la parete del canale vertebrale) dove viene posizionato un sottile catetere a livello:

-di colonna vertebrale lombare (anestesia epidurale lombare)

-di colonna vertebrale toracica (anestesia epidurale toracica)

-di osso sacro ( anestesia epidurale caudale). In questa sede , di norma ,viene somministrata un'unica dose di farmaco, molto più raramente si introduce un cateterino.

L'effetto avviene non prima di 15 minuti circa.

Di regola l'iniezione non è dolorosa perché è preceduta da un'anestesia locale.

Il vantaggio di questa tecnica è di consentire tramite il catetere a permanenza anche un ottimo controllo del dolore postoperatorio.

Si possono associare le due tecniche (spinale ed epidurale) con il vantaggio che l'effetto anestetico insorge prima e dura più a lungo.

### **2.3 BLOCCO PERIFERICO**

Consiste nell'anestesia di un nervo periferico o di un plesso nervoso(es. blocco del pene, della mano, del piede, della cervice uterina, del plesso brachiale ecc.).

#### **ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO**

Massima settorialità e quindi minore tossicità dell'anestesia.

#### **RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO**

È possibile l'iniezione dell'anestetico in un vaso sanguigno con la diffusione dello stesso e lo scatenamento di un accesso convulsivo o di gravi reazioni cardio-circolatorie (eventi molto rari), ematomi, lesioni dei nervi periferici e variazioni, spesso transitorie, della sensibilità dell'area interessata in 1,9 casi su 10.000.

#### **LE EVENTUALI ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)**

### **2.4 ANESTESIA COMBINATA (GENERALE O SEDAZIONE PIÙ LOCO-REGIONALE)**

La combinazione di anestesia generale ed anestesia regionale riduce il fabbisogno di anestetici generali, abbrevia la fase di risveglio ed assicura la più ampia abolizione della sensibilità dolorifica dopo l'intervento chirurgico.

Viene praticata quando non sia possibile eseguire una tecnica di anestesia loco-regionale da sola (es. bambini), per la necessità di intubare il paziente o comunque quando ci sia la necessità di garantire un buon controllo del dolore postoperatorio.

### **3. . SEDAZIONE**

È una tecnica che comporta la somministrazione di farmaci sedativi o ipnotici che inducono una parziale abolizione della coscienza.

Spesso vengono somministrati anche farmaci per lenire o abolire il dolore.

Talvolta alla sedazione si associa un'anestesia locale.

**NESSUNA PROCEDURA ANESTESIOLOGICA PUÒ ESSERE COMUNQUE PRIVA DI RISCHI, PUR PRATICATA DA PROFESSIONISTI ESPERTI, PRUDENTI ED ATTENTI.**

### **ULTERIORI INFORMAZIONI DI CARATTERE ANESTESIOLOGICO**

#### **ANALGESIA POSTOPERATORIA**

Viene sempre garantita un'adeguata analgesia postoperatoria nelle prime 24-48 ore dopo l'intervento tramite la somministrazione di farmaci endovenosi o epidurali.

#### **ALTRI PROBLEMI**

Nel periodo perioperatorio potrebbero essere utilizzati farmaci non ancora registrati in Italia per l'uso in età pediatrica somministrati con varie modalità ( orale, endovenosa, ecc) il cui uso è comunque avvalorato dall'evidenza scientifica e che vengono normalmente utilizzati in molti ospedali pediatrici.

#### **PROCEDURE CONCOMITANTI E SUCCESSIVE**

Prima, durante o dopo dell'intervento, potrebbero rendersi necessarie manovre invasive non esenti da rischi, ed in particolare:

##### **1. Inserimento di cateteri venosi periferici o centrali (CVC)**

L'inserimento di cateteri venosi in sedi periferiche o in grossi vasi centrali rende possibile l'infusione di farmaci utilizzati per l'anestesia ma anche di soluzioni gluco saline e di sostanze terapeutiche.

**CONTINUA ... ULTERIORI INFORMAZIONI DI CARATTERE ANESTESIOLOGICO**

L'incidenza delle complicanze legate all'incannulamento di vene centrali, quali ematomi, ingresso di aria nelle vene, traumi al tessuto polmonare, infezioni, oscilla tra il 2 e il 15%.

**2. Infusione di emoderivati**

Soltanto qualora le condizioni cliniche lo richiedano si farà uso di trasfusioni di sangue o dei suoi derivati rispettando la normativa del suo Buon Uso previa compilazione del consenso informato

**3. Inserimento di catetere arterioso.**

Per facilitare la rilevazione della pressione arteriosa e per l'esecuzione di prelievi ematici

**4. Inserimento di catetere peridurale.**

Per la gestione dell'analgesia postoperatoria

**DIGIUNO PREOPERATORIO**

Prima dell'intervento sarà necessario attenersi alle precauzioni sul digiuno preoperatorio, così come indicato nell'Allegato( mod 0221)

**POST-OPERATORIO**

Al termine dell'intervento chirurgico il paziente sarà sorvegliato per un periodo idoneo nella sala di risveglio. Quando le sue condizioni cliniche saranno ritenute di assoluta sicurezza, potrà far ritorno al reparto di degenza. Se invece sarà necessario un prolungamento del monitoraggio clinico e strumentale sarà trasferito al reparto di Terapia Intensiva secondo l'indicazione dell'anestesista-rianimatore.

**NOTE**

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO**

**DICHIARO/DICHIARIAMO**

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del Atto/trattamento sanitario proposto e di:

**ACCETTARE**

**NON ACCETTARE**

Liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il mio/nostro consenso all'atto sanitario:

- ANESTESIA GENERALE** (barrare la casella corrispondente)
- ANESTESIA LOCO REGIONALE**
- ANESTESIA SPINALE
  - ANESTESIA EPIDURALE
  - BLOCCO PERIFERICO
  - ANESTESIA COMBINATA (GENERALE O SEDAZIONE PIÙ LOCO-REGIONALE)
- SEDAZIONE**

In merito a: (barrare la casella corrispondente)

- INTERVENTO CHIRURGICO (specificare)** .....
- LATERALITÀ  NP  SINISTRA  DESTRA SEDE .....
- ESAME DIAGNOSTICO** .....

Proposto per:

- ME STESSO** (barrare la casella corrispondente)
- MIO FIGLIO/A MINORE**
- .....

**SONO STATO INFORMATO CHE LA TECNICA ANESTESIOLOGICA SOPRA PROPOSTA POTRÀ SUBIRE DELLE OPPORTUNE MODIFICHE QUALORA SI RENDANO NECESSARIE DURANTE L'INTERVENTO IN BASE A POSSIBILI VARIANTI ANATOMO- PATOLOGICHE E CHIRURGICHE IMPREVISTE.**

Dichiaro di essere stato informato che le condizioni di salute di:

- ME STESSO** (barrare la casella corrispondente)
- MIO FIGLIO/A MINORE**
- .....

collocano l'interessato nella:

**CLASSE ASA** .....

e che il rischio relativo all'intervento chirurgico è:

- NORMALE** (barrare la casella corrispondente)
- AUMENTATO**

Data

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i

Altri (specificare)

Il Medico (timbro e firma leggibile)

**DIRITTO DI REVOCA**

**DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLERE REVOCARE IL CONSENSO**

Io/noi sottoscritto/a/i .....

in qualità di assistito madre padre genitori tutore altro (specificare) .....

Data

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i