



ATTO SANITARIO

SEDAZIONE PROFONDA

TRIESTE,

Dipartimento di Medicina e dei Trapianti di Midollo Osseo

SCU Clinica Pediatrica-Anestesista di riferimento: Dott. Egidio Barbi - SS Gastroenterologia pediatrica-Resp. Dott. Stefano Martellosi

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

CognomeNome.....

Nato a.....il

Residente aCAP.....

in Via.....

Dati dei genitori o del titolare della potestà genitoriale*:

Nome e cognome dei genitori

Madre CognomeNome.....

Nato a.....il

Residente aCAP.....

in Via.....

Padre CognomeNome.....

Nato a.....il

Residente aCAP.....

in Via.....

Titolare potestà genitoriale

CognomeNome.....

Nato a.....il

Residente aCAP.....

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.+39.040.3785.397 • fax +39.0403785.452 • cf. 00124430323 •

Riguardo gli argomenti seguenti:

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE**ATTO SANITARIO****SEDAZIONE PROFONDA**

Gentile Signora/e,

la procedura cui Suo figlio/a (il Suo tutelato) sta per essere sottoposto richiede, per una riuscita ottimale, assoluta immobilità (difficile da ottenere nel bambino piccolo e/o spaventato) e può causare dolore e/o essere vissuta dal piccolo paziente con ansia e paura

Per questi motivi tali procedure vengono eseguite in condizioni di **sedazione profonda** (il bambino appare addormentato, tende a rimanere immobile e non risponde agli stimoli, ma mantiene la respirazione spontanea). Potrete stare accanto al bambino fino all'addormentamento e tornare al suo fianco non appena terminata la procedura.

La sedazione viene effettuata con farmaci somministrati per via endovenosa da un medico specificamente addestrato all'esecuzione di questa procedura. Inoltre un medico specialista in pediatria ed anesthesiologia è sempre presente in reparto e immediatamente reperibile. La stanza in cui la procedura viene eseguita è infine dotata di tutte le attrezzature di emergenza necessarie.

Le verrà preliminarmente chiesto dal medico se Suo figlio/a (il Suo tutelato) sia già stato sottoposto ad anestesia/sedazione in passato e se abbia presentato allergie di qualsiasi tipo; non abbia timore di riferirgli ogni notizia che ritiene possa essere utile in questo senso.

Il bambino dovrà essere a digiuno (6 ore per cibi solidi, 4 ore per il latte materno (no latte vaccino) e 2 ore per i liquidi chiari) e non presentare malattie respiratorie intercorrenti né ingrossamento di tonsille e adenoidi o altre condizioni che possano interferire con la respirazione.

La sedazione richiede la presenza di un accesso venoso che, se non già presente, verrà posizionato al momento con un ago-cannula previa applicazione di crema anestetica locale un'ora prima dell'inserimento della via venosa e, nei bambini più piccoli o particolarmente spaventati, previa premedicazione orale con Midazolam 20-30 minuti prima l'inserimento della via venosa.

Durante la sedazione il bambino mantiene il respiro spontaneo e non viene intubato. A procedura finita potrà assistere da subito Suo figlio/a (il Suo tutelato).

La durata della sedazione è variabile, in funzione dell'esame da eseguire e dal tipo di farmaco usato.

Il bambino potrà bere appena sarà ben sveglio, mangiare dopo 30 minuti, essere dimesso (se previsto dal suo programma terapeutico) dopo 2 ore dal risveglio.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Durante la sedazione il bambino mantiene il respiro spontaneo e non viene intubato. A procedura finita potrà assistere da subito Suo figlio/a (il Suo tutelato).

Il personale è a vostra disposizione per qualsiasi chiarimento o approfondimento.

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

1) SEDAZIONE SUPERFICIALE (farmaco ad azione ansiolitica dato per bocca o spray nasale) che riduce solo parzialmente dolore e paura, generalmente insufficiente con necessità di contenzione fisica, significativo rischio di procedura più lunga, dolorosa e traumatica per il bambino. Il farmaco utilizzato dà di regola una quota di amnesia anterograda (il bambino tenderà a non ricordare gli eventi).

2) NESSUNA SEDAZIONE. Necessità di contenzione fisica, procedura più dolorosa e traumatica per il bambino, rischio di procedura più lunga.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

La sedazione procedurale è in generale e nella pratica una procedura a rischio molto basso.

Come ogni procedura medica la sedazione, anche se attuata con diligenza, prudenza e perizia, non è esente da possibili complicazioni (bruciore al momento dell'infusione del farmaco; reazioni allergiche ai farmaci; depressione della respirazione che può richiedere un semplice supporto di ossigeno, ventilazione assistita o, in rarissimi casi, l'intubazione; ipotensione; vomito...). Tali eventi sono peraltro molto rari, ma eccezionalmente possono essere gravissimi o pericolosi per la vita. È stato pubblicato sulla rivista scientifica *Gastroenterology*¹, l'articolo "*Endoscopist directed administration of propofol: a world-wide safety experience*", di Rex DK et al., che ha dimostrato un rischio di mortalità pari a 1:160.000 (0.0006%) su 587.598 casi analizzati.

ALTRI PROBLEMI:

/

¹ "Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience", Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, Imperiale TF, Walker JA, Sandhu K, Clarke AC, Hillman LC, Horiuchi A, Cohen LB, Heuss LT, Peter S, Beglinger C, Sinnott JA, Welton T, Rofail M, Subei I, Slevin R, Jordan P, Goff J, Gerstenberger PD, Munnings H, Tagle M, Sipe BW, Wehrmann T, Di Palma JA, Occhipinti KE, Barbi E, Riphaut A, Amann ST, Tohda G, McClellan T, Thueson C, Morse J, Meah N. - **Gastroenterology** 2009 Oct;137(4):1229-37; quiz 1518-9. Epub 2009 Jun 21 Review

PARTE B

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 consenso all'atto sanitario proposto

Data

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

Altri (specificare)

Il Medico (timbro e firma leggibile)

PARTE C

DIRITTO DI REVOCA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLERE REVOCARE IL CONSENSO

Data

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