

## INFORMATIVA ALL'ANALGESIA EPIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO

Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ UO \_\_\_\_\_

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dichiaro che mi sono state fornite tutte le informazioni relative a:

- procedura anestesiológica (analgnesia epidurale)
- possibilità di strategie alternative di contenimento del dolore
- rischi, effetti collaterali e complicanze secondarie all'analgnesia epidurale in travaglio di parto:

parestesie, brividi, febbre, prurito, ipotensione, lombalgia, ritenzione urinaria, reazione allergica; cefalea (<1/100).

complicanze gravi (rarissime): ematoma epidurale, infezione epidurale, danno neurologico transitorio o permanente, paralisi.

maggior incidenza di parti operativi (5% vs 3,5%); maggior durata del travaglio (15/30 minuti), maggior utilizzo di ossitocina.

Sono stata informata che il trattamento proposto è quello che, in base alle attuali conoscenze, offre il miglior rapporto rischio/beneficio. Sono stata altresì informata che, al momento del parto, dovranno essere confermate le condizioni cliniche di idoneità e che l'analgnesia epidurale potrebbe non essere somministrata, oltre che per variazioni del mio stato di salute, anche per motivi organizzativi tali da non garantire un'adeguata assistenza. Sono stata inoltre informata che solo in presenza di condizioni ostetriche particolari su esplicita richiesta del ginecologo presente al parto il trattamento potrà essere modificato e/o interrotto.

Dichiaro di aver preso visione del materiale informativo offerto dall'azienda AUSL Bologna (opuscolo/video) e di averlo ben compreso. Dichiaro che il dr. \_\_\_\_\_ mi ha informato del mio stato clinico che mi colloca nella classe ASA \_\_\_\_; di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente relativamente alla tecnica anestesiológica ed al monitoraggio delle funzioni vitali cui verrò sottoposta.

Data \_\_\_\_\_ Firma: La dichiarante \_\_\_\_\_

I Genitori o esercenti la patria potestà \_\_\_\_\_

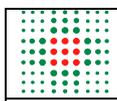
L'amministratore di Sostegno/ Il Tutore /curatore \_\_\_\_\_

Alla presenza di<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Mediatore culturale \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'Anestesista \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Familiare, caregiver o persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di poter ricevere le informazioni e di esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) qualora decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017). Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tale senso e le generalità della persona identificata.

	<b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	<b>Istituto delle Scienze Neurologiche</b> Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Informativa e consenso all'analgesia epidurale in travaglio di parto		Procedura Aziendale Allegato 2 Mod 01 P59 AUSLBO

## RICHIESTA E CONSENSO ALL'ANALGESIA EPIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO

Io sottoscritta \_\_\_\_\_  
 nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ho ricevuto e ben compreso il  
 materiale informativo offerto dall'Azienda USL Bologna, sono consapevole dei rischi e dei benefici  
 del trattamento, ho compreso quanto mi è stato spiegato dal dr. \_\_\_\_\_  
 e quindi

- RICHIEDO E ACCONSENTO alla prestazione di partoanalgesia
- NON ACCONSENTO alla prestazione di partoanalgesia, essendo adeguatamente  
 informata e dunque consapevole delle conseguenze che tale dissenso implica sulle  
 condizioni di salute.

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Firme

La dichiarante \_\_\_\_\_

I genitori o gli esercenti la patria potestà \_\_\_\_\_

Il tutore/curatore/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Alla presenza di<sup>2\*</sup>

Mediatore culturale \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'Anestesista \_\_\_\_\_

\* Familiare, caregiver o persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di poter ricevere le informazioni e di esprimere eventuale  
 consenso (anche in sua vece) qualora decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017).  
 Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tale senso e le generalità della persona identificata