



**AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE**  
**Consenso Informato alle Procedure Invasive**

Spazio  
Etichetta Paziente

In seguito alla mia richiesta di informazioni riguardo la  
procedura a cui dovrò essere sottoposto:

- Iniezione di Farmaco o Anestetico Locale per via Peridurale
- Blocco Anestetico di Nervo Periferico
- Blocco Anestetico di Plesso Nervoso
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Ho ricevuto e compreso ogni spiegazione riguardo alla  
procedura stessa in termini di rischi, benefici e soluzioni  
alternative.**

In particolare ho compreso le informazioni circa le complicanze  
più comuni e prevedibili nel mio caso specifico, che consistono in  
complicanze di tipo:

Cardiovascolare       Respiratorio       Neurologico   
Metabolico       Infettivo       Emorragico       Altro

E che potrò essere esposto inoltre ai seguenti rischi aggiuntivi:

-----  
-----  
-----

**Sono stato informato inoltre che dopo la procedura**

E' previsto il ricovero in Terapia Intensiva

Non è previsto il ricovero in Terapia Intensiva e che qualora  
si rendesse necessario acconsento che possa essere effettuato  
senza ulteriore consenso scritto.

Autorizzo inoltre il Medico Anestesista-Rianimatore a comunicare  
notizie relative al mio stato di salute a :

-----

Anestesista che effettuerà le procedure anestesologiche : Dr. \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore (se previsto) \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_