



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 ___/___/___