



Consenso informato alla partoanalgesia

rev. 0.0 2023

Cognome	Data presunta del parto/...../.....
Nome	Data di valutazione anestesiológica/...../.....
Data di nascita/...../.....	

E' la prima gravidanza?	SI	NO
Peso Altezza		
ANAMNESI		
Malattie cardiache o ipertensione arteriosa?	SI	NO
Malattie respiratorie ?	SI	NO
Malattie neurologiche ?	SI	NO
Diabete mellito ?	SI	NO
Problemi ortopedici a livello della colonna vertebrale ?	SI	NO
Terapie con anticoagulanti o antiaggreganti ?	SI	NO
Malattie dell'emostasi ?	SI	NO
Familiarità per malattie dell'emostasi ?	SI	NO
Precedenti anestesie generali ?	SI	NO
Precedenti anestesie locali o locoregionali ?	SI	NO
ALLERGIE ?	SI	NO

NOTE.....
.....
.....

Dichiaro di:

- aver ricevuto l'informativa scritta sull'analgia del parto
- aver compreso i vantaggi e le possibili complicanze della procedura
- aver potuto porre domande aggiuntive ricevendo esaurienti risposte dal medico anestesista:
(cognome e nome anestesista)_____

RICHIEDO ED ACCETTO **NON ACCETTO**

Di essere sottoposta al trattamento di analgesia del parto con tecnica peridurale

Presenza di interprete? SI NO

Cognome e nome interprete_____

data/...../..... Luogo:

Firma dichiarante _____

Firma interprete_____

Timbro e firma medico _____