

La sottoscritta _____ nata il _____
 dichiara di avere partecipato all'incontro informativo sulla partoanalgesia peridurale tenuto dal medico Anestesista Dr./Dr.ssa _____
 presso l'Ospedale San Giovanni di Dio in data _____
 di avere ottenuto informazioni chiare, complete ed esaurienti sulla tecnica della partoanalgesia peridurale, e di avere compreso i vantaggi che la metodica offre, le controindicazioni, i possibili rischi e le complicanze connessi ad essa e riassunti nelle pagine precedenti. Dichiara inoltre di aver compreso che la partoanalgesia è una opzione per il controllo del dolore nel parto, pertanto come qualunque atto medico non è "obbligatoria"; inoltre la sua esecuzione può essere condizionata da particolari esigenze o tempistiche organizzative che, nel caso, verranno ampiamente spiegate al momento.

A fronte di quanto sopra dichiarato,

la sottoscritta esprime il proprio consenso alla partoanalgesia peridurale

Firma della partoriente _____

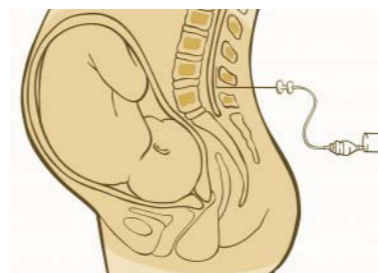
Firma del medico Anestesista _____

La partoanalgesia peridurale (o epidurale) è la metodica utilizzata da oltre 30 anni nel nostro ospedale per il controllo del dolore durante il travaglio di parto.

È una tecnica impiegata nei principali centri italiani ed europei, utilizzata negli anni da migliaia di donne e quindi basata su una grande quantità di evidenze scientifiche e sull'esperienza professionale di molti medici Anestesisti.

Come tutte le procedure mediche, la partoanalgesia peridurale viene praticata solo se c'è il **consenso informato** da parte della partoriente.

Quella che segue è quindi **una breve descrizione della metodica**, questa vi verrà più ampiamente illustrata nel corso dell'incontro informativo con il medico Anestesista, durante il quale potrete chiedere ulteriori informazioni e chiarimenti.



Attraverso una puntura eseguita a livello lombare, con un ago particolare, tecnica sterile e in anestesia locale, viene inserito un sottile catetere (un tubicino di plastica morbida) nello spazio peridurale; questo spazio si trova all'interno della colonna vertebrale ed è attraversato dalle radici nervose che trasmettono le sensazioni dolorose del travaglio.

Attraverso questo catetere si possono quindi somministrare i farmaci per il controllo del dolore, in una o più dosi (a seconda delle necessità) e in stretta vicinanza delle fibre nervose interessate.

Il catetere viene rimosso di regola subito dopo il parto.

L'analgesia peridurale è una tecnica sicura, in particolare i farmaci utilizzati ai dosaggi analgesici non sono pericolosi né per la mamma né per il feto.

Tuttavia, come avviene per tutte le manovre mediche invasive, sono possibili alcune **complicanze**:

- lombalgia (mal di schiena) che in genere è preesistente, dovuta a contratture muscolari e si risolve spontaneamente in breve tempo.
- cefalea (mal di testa) può verificarsi nello 0,3 – 1% dei casi ed è dovuta alla puntura accidentale della membrana durale, nel corso della manovra. È una complicanza assolutamente non pericolosa, per la quale nel nostro Ospedale esiste uno specifico protocollo di trattamento, basato essenzialmente sul riposo a letto per alcuni giorni.
- ematoma (raccolta di sangue), complicanza estremamente rara e legata a importanti alterazioni della coagulazione del sangue (congenite o legate a farmaci), che di solito però sono note in anticipo e costituiscono una controindicazione all'analgesia peridurale.

Le **controindicazioni** all'analgesia peridurale sono legate a particolari situazioni ostetriche (che verranno eventualmente prese in considerazione al momento del ricovero) o cliniche generali:

Alterazioni della coagulazione del sangue (congenite o legate a farmaci)

Infezioni nella sede della puntura

Particolari patologie neuromuscolari o della colonna vertebrale (da valutare caso per caso)

Alla fine dell'incontro informativo vi verrà chiesto di riempire il modulo di consenso che firmerete insieme al medico Anestesista e che porterete con voi al momento del ricovero per il parto.

Al ricovero, se sarete interessate alla partoanalgesia e dopo la valutazione del ginecologo, il medico Anestesista di turno prenderà visione della vostra cartella clinica e degli esami del sangue, verificherà che non vi siano controindicazioni e vi chiederà conferma del consenso prima di eseguire la procedura.



Ospedale
S. Giovanni di Dio

S.C. Anestesia e Rianimazione

QUESTIONARIO PRE-PARTO

Questo questionario da compilare preferibilmente dopo la 36° settimana, non è riservato soltanto a chi dovrà fare un taglio cesareo o a chi desidera ricevere l'analgesia epidurale in travaglio, ma a tutte le partorienti, in modo che per ogni evenienza si possa, anche d'urgenza, ricorrere all'anestesia con la massima sicurezza possibile. È importante che questo questionario venga visionato dall'anestesista al termine del colloquio il mercoledì pomeriggio e riportato al momento del suo ricovero presso la divisione di Ostetricia di questo ospedale.

Nome _____

Cognome _____

Età _____

Peso attuale kg. _____ Peso prima della gravidanza kg. _____ Altezza (cm) _____

Settimana di gestazione: _____

Questo è il primo figlio Ho già avuto almeno un parto

1) Ha avuto problemi a carico del cuore e della circolazione?

pressione alta prima / durante la gravidanza

palpitazioni

varici

Se necessario specificare _____

2) Ha avuto problemi respiratori? NO SI

Se sì, specificare quali _____

3) Ha avuto problemi renali? NO SI

Se sì, specificare quali _____

4) Ha mai avuto problemi neurologici, malattie muscolari o malattie della colonna vertebrale?

epilessia (piccolo o grande male) e/o convulsioni

ernia del disco lombare

scoliosi

altro _____

(Si consiglia di portare documentazione in possesso al momento del ricovero)

5) Ha mai notato problemi di sanguinamento e/o trombosi? NO SI

6) In famiglia ha patologie ereditarie che riguardano la coagulazione o patologie immunitarie?

NO SI

Se sì, specificare quali _____

7) Fumava prima / durante la gravidanza? NO SI

Se sì, quanto? _____

8) È stata recentemente in contatto con qualcuno con ittero od epatite? NO SI

9) Ha frequenti mal di testa? NO SI

10) Ha protesi fisse o mobili (lenti a contatto, dentiere o protesi dentarie, ecc.)? NO SI

11) Ha mai fatto uso di droghe e/o stupefacenti? NO SI

12) Assume abitualmente medicine? NO SI

Se sì, specificare quali _____

13) In particolare sta assumendo calciparina o eparine a basso peso molecolare o cardio-aspirina? NO SI

Se sì, specificare cosa prende, la dose e l'ultimo giorno di somministrazione e l'ora a cui è stata eseguita: _____

14) Ha mai ricevuto un'anestesia? NO SI

Se sì, specificare il tipo di intervento: _____

15) Ha mai ricevuto un'anestesia locale per cure dentarie? NO SI

Specificare anche se ha avuto problemi: _____

16) Qualcuno della sua famiglia ha mai avuto problemi con l'anestesia? NO SI

Se sì, specificare quali _____

17) Ha qualche allergia agli alimenti, agli animali, alle piante o a qualcos'altro nell'ambiente? NO SI

Se sì, specificare _____

18) È allergico a qualche medicina? NO SI

Se sì, specificare a quale e i sintomi provocati: _____