

CONSENSO INFORMATO ALLA PARTOANALGESIA PERIDURALE

LA SOTTOSCRITTA _____ NATA IL _____
sono a conoscenza della possibilità di poter usufruire della tecnica peridurale per controllare il dolore durante il travaglio di parto.

Dichiaro di aver ricevuto da parte del dott./dott.ssa _____
informazioni adeguate sull’analgesia con catetere peridurale, sulle modalità di esecuzione, sui benefici, le controindicazioni, le eventuali complicanze e i possibili effetti secondari.

Dichiaro di:
[] essere stata verbalmente informata, dal suddetto medico, durante l’incontro informativo del giorno _____
[] essere stata informata mediante opuscolo informativo

Dichiaro di aver ben compreso quanto illustratomi, di aver avuto il tempo necessario per riflettere e che ogni mia ulteriore richiesta di chiarimento è stata soddisfatta. Pertanto:

CHIEDO

CHE MI VENGA PRATICATA L’ANALGESIA PERIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO

Sono consapevole che potrebbe non essere possibile eseguire tale tecnica di analgesia qualora siano presenti controindicazioni (pertinenti alla tecnica e/o relative alla gravidanza o al travaglio) che verranno verificate al momento della richiesta, o qualora il medico anestesista sia impegnato in un’urgenza indifferibile.
Sono consapevole che, una volta iniziata, l’analgesia potrà essere interrotta solo per sopraggiunti motivi di ordine medico. Sono consapevole che, se durante il travaglio di parto si rendesse necessaria un’anestesia loco-regionale per Taglio Cesareo, può essere utilizzato lo stesso catetere già posizionato per l’analgesia oppure potrebbe essere eseguita un’anestesia spinale, compatibilmente con le necessità di esecuzione dell’intervento.
Sono consapevole che posso revocare tale consenso in qualsiasi momento.

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all’indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> o scansionando il QR code a margine.



Firma della partoriente _____

Firma del medico che esegue la procedura _____

LA PARTOANALGESIA PERIDURALE

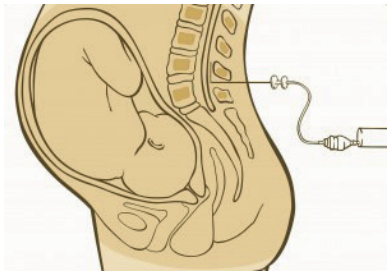
Il dolore nel parto

Il parto è un evento naturale caratterizzato da forti connotazioni emotive, anche legate alla preoccupazione per il dolore dovuto alle contrazioni uterine e alla discesa della testa del bambino nel canale del parto. Molte donne riescono ad affrontare bene il dolore che può essere contenuto anche con metodi non farmacologici. Per altre invece può rappresentare un ostacolo che impedisce di vivere questo momento in modo sereno. In tal caso è possibile ricorrere all’analgesia peridurale che consente di ottenere il controllo del dolore e di partorire attraverso le vie naturali partecipando attivamente alla nascita del proprio figlio.

Il parto indolore

Come?

Il sollievo dal dolore avviene grazie alla somministrazione di farmaci nello spazio peridurale (o epidurale) attraverso un cateterino. La struttura ossea che ci sostiene è la



colonna vertebrale, essa ha al suo interno un canale in cui è contenuto e protetto il midollo spinale da cui originano i nervi responsabili del dolore in travaglio. All’esterno degli involucri protettivi (meningi) del midollo spinale troviamo lo spazio peridurale. La donna viene posizionata seduta o di fianco con la schiena incurvata a formare un arco e l’anestesista individua un punto a livello lombare in cui, attraverso un particolare ago, introduce un cateterino che

rimarrà in sede per tutto il tempo del travaglio.

Cosa?

Il controllo del dolore è possibile attraverso la somministrazione di farmaci anestetici locali e/o oppioidi nel cateterino, senza ricorrere ad altre punture. Grazie alla somministrazione di basse dosi di questi farmaci si ottiene il sollievo dal dolore (in circa 10-15 minuti) senza impedimento al movimento e senza effetti dannosi sul bambino. Il sollievo dal dolore può avere una durata variabile di circa 60-120 minuti per questo, ogni volta che si ripresenta la necessità, è possibile somministrare un’ulteriore dose di analgesico per tutta la durata del travaglio. La tecnica è compatibile con la donazione del sangue cordonale e con l’allattamento al seno.

Quando?

L’analgesia viene iniziata su richiesta della donna, indipendentemente dalla dilatazione cervicale, se il travaglio è avviato e non ci sono controindicazioni e/o problematiche mediche. L’analgesia di solito termina con l’espletamento del parto almeno che non sopraggiungano condizioni mediche che ne controindichino la prosecuzione.

Dove?

L’inserimento del cateterino avviene in sala parto in maniera sterile, in presenza del personale addetto; i familiari verranno fatti allontanare per il tempo necessario all’esecuzione della procedura.

Controindicazioni?

Sono controindicazioni assolute le allergie ai farmaci impiegati, le malattie emorragiche, anche quelle che fanno seguito all’uso di farmaci antiaggreganti/anticoagulanti, le infezioni cutanee sulla zona lombare e quelle generalizzate.

Complicanze?

La peridurale è una tecnica efficace e sicura con minimi effetti collaterali: cefalea (0.5%), mal di schiena, prurito, abbassamento della pressione arteriosa, nausea-vomito, ritenzione urinaria, febbre. Fra i più importanti ma rari: lesioni nervose periferiche (0.02%) o midollari (1/1.000.000).



SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Ospedale San Giuseppe Empoli

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'analgisia 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 sia riportato al momento del suo ricovero presso la divisione di Ostetricia.

_____ nome

_____ cognome

_____ data di nascita	_____ peso attuale kg	_____ peso prima della gravidanza kg	_____ altezza cm	_____ settimana di gestazione	<input type="checkbox"/> QUESTO È IL PRIMO FIGLIO	<input type="checkbox"/> HO GIÀ AVUTO ALMENO UN PARTO
-----------------------	-----------------------	--------------------------------------	------------------	-------------------------------	---	---

Come ha partorito? spontaneamente con analgesia senza analgesia TC ventosa

1) Fumava prima la gravidanza? NO SI

Quanto? _____

1a) Fuma? NO SI

Quanto? _____

2) Beve abitualmente vino o superalcolici? NO SI

3) Ha mai fatto uso di droghe? NO SI

Quali? _____

4) Ha protesi mobili? (dentiere, lenti a contatto..) _____

5) Ha allergie? NO SI

Se SI, specificare quali _____

6) MALATTIE CARDIOVASCOLARI

palpitazioni

dolore toracico/affanno a riposo o nelle comuni attività quotidiane

dolore toracico/affanno a salire le scale caviglie gonfie

virici/ tromboflebiti delle gambe pressione alta prima/durante la gravidanza

sensazione di svenimento in posizione supina soffio al cuore

dorme su più cuscini

altro _____

7) MALATTIE RESPIRATORIE

asma bronchite/polmonite negli ultimi tre anni

febbre/tosse nelle ultime settimane

altro _____

8) MALATTIE RENALI

valori elevati di albumina nelle urine nefrite

coliche renali frequenti infezioni urinarie

insufficienza renale altro _____

9) MALATTIE GASTROINTESTINALI

senso di bruciore/ rigurgito acido e/o difficoltà digestive negli ultimi due mesi

ulcera gastroduodenale ernia iatale

altro _____

10) MALATTIE NEURO/MUSCOLARI

epilessia/convulsioni vertigini

frequenti svenimenti ictus

visione doppia frequenti mal di testa

intorpidimenti, diminuzione della forza, paralisi delle braccia o delle gambe

lombosciatalgia prima della gravidanza durante la gravidanza

ernia al disco scoliosi grave

altro _____

11) DISTURBI PSICOLOGICI/PSICHIATRICI

ansia attacchi di panico

depressione altro _____

12) MALATTIE METABOLICHE

diabete prima della gravidanza diabete durante la gravidanza

ittero epatite

13) MALATTIE EMORRAGICHE

Sanguina facilmente se si produce una ferita? NO SI

Ha/ha mai avuto frequenti sanguinamenti dal naso? NO SI

Si produce facilmente lividi per lievi traumi? NO SI

Altro _____

14) TERAPIA FARMACOLOGICA

Assume abitualmente farmaci? NO SI

Quali _____

15) PRECEDENTI INTERVENTI/ANESTESIE

Ha mai ricevuto un'anestesia? NO SI

Quali _____

Che tipo di anestesia? A. generale Spinale/epidurale Plessica A. locale

Per quale tipo di intervento? specificare intervento e anno _____

Ha avuto problemi durante/dopo l'anestesia? Quali? _____

Data _____

Firma della gestante _____