

CONSENSO INFORMATO ALLA PARTOANALGESIA PERIDURALE

LA SOTTOSCRITTA _____ NATA IL _____
dichiara di aver visionato il corso sull'analgesia di parto sul sito della Azienda USL Toscana centro presso
l'OSPEDALE _____ IN DATA _____
e di avere ottenuto informazioni chiare, complete ed esaustive 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,

io sottoscritta esprimo il proprio consenso alla partoanalgesia peridurale

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali,
ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.
Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



Firma della partoriente _____

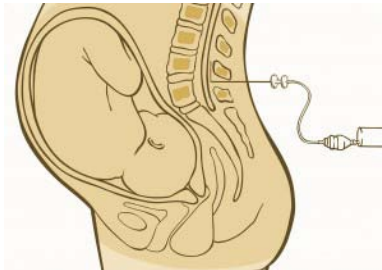
Firma del medico anestesista _____

LA PARTOANALGESIA PERIDURALE

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, illustrata comunque anche nel video informativo.

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 largamente applicata, 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. E' 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).

Dopo aver visionato il filmato potrete scaricare e firmare il presente modulo di consenso comprensivo dell'informativa 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.



SOC 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'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						
_____	_____	_____	_____	_____	[]	[]
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 SI, specificare quali _____

3) Ha avuto problemi renali?

[] NO [] SI

Se SI, 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 SI, specificare quali _____

7) Fumava prima/durante la gravidanza?

[] NO [] SI

Se SI, 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 SI, specificare quali _____

13) In particolare sta assumendo calciparina o eparine a basso peso molecolare o cardio-aspirina?

[] NO [] SI

Se SI, 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 SI, 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 SI, specificare quali _____

17) Ha qualche allergia agli alimenti, agli animali, alle piante o a qualcos'altro nell'ambiente?

[] NO [] SI

Se SI, specificare _____

18) È allergico a qualche medicina?

[] NO [] SI

Se SI, specificare a quale e i sintomi provocati:
