



Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
Presidio Ospedaliero San Salvatore
Stabilimento Centrale
Piazzale Cinelli, 1 - 61121 Pesaro
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
IN URGENZA

Direttore
Dr. Michele Tempesta
Michele.tempesta
@ospedalimarchenord.it

Servizio Partoanalgesia
Dr.ssa Patrizia Borra
patrizia.borra@ospedalimarchenord.it

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Dichiaro di aver preso visione della **videoconferenza di Partoanalgesia presente nel sito dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord** e di essere stata informata in modo esauriente sull'argomento. Ho compreso che:

- l'analgesia peridurale è una tecnica eseguita dall'Anestesista su mia esplicita richiesta;
- tale procedura consiste nell'inserimento di un sottile e flessibile catetere in uno spazio del canale vertebrale a livello lombare e che rimarrà in tale sede fino ad espletamento parto;
- attraverso questo catetere l'Anestesista somministrerà i farmaci necessari per l'analgesia (anestetici locali);
- la procedura consente un eccellente controllo del dolore del travaglio di parto, ma in alcuni casi la sua esecuzione può risultare difficile (o impossibile) o esitare in una analgesia parziale;
- è una metodica sicura per la madre e per il feto, ma come ogni atto medico non è esente da eventuali effetti collaterali transitori come:
 - ipotensione, prurito, parestesie (formicolio) agli arti inferiori, lombalgia e complicanze rare o estremamente rare come:

- cefalea (0,4-1:100) dovuta alla puntura accidentale di una membrana contenuta nel canale vertebrale (dura madre) durante la procedura di inserimento del catetere. Insorge dopo 24-48 h dal parto, può durare da 2-3 giorni ad una settimana e più e regredisce spontaneamente;
- meningite e ascesso peridurale (1 : 145.000);
- ematoma peridurale (1 : 240.000).

Al momento del ricovero potrò parlare con l'Anestesista per avere ulteriori delucidazioni prima di dare il mio consenso alla procedura di Partoanalgesia. Sono consapevole che qualora decidessi di dare il mio consenso all'atto propostomi, sarà mio diritto revocarlo in qualsiasi momento.

Data _____

Cognome e Nome (stampatello leggibile)	Firma della paziente