ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Consenso informato alla

ANSIOLISI E ALLA SEDAZIONE COSCIENTE CON ANALGESIA

N.B: SI ESEGUE SOLAMENTE SU PAZIENTI RICOVERATI E SU PAZIENTI AMBULATORIALI SOLAMENTE SE ACCOMPAGNATI E A DIGIUNO

Paziente _____

nato/a_____il_____

COS'E' L'ANSIOLISI?
Si intende quella condizione indotta farmacologicamente che elimina l'ansia, l'agitazione psicomotoria e lo squilibrio emotivo senza alterare la funzione respiratoria e cognitiva del paziente, che è capace di rispondere agli stimoli verbali.

COS'E' LA SEDAZIONE COSCIENTE ASSOCIATA AD ANALGESIA?
Si tratta di uno stato indotto farmacologicamente che elimina l'ansia, l'agitazione psicomotoria, lo squilibrio emotivo e il dolore causato da procedure invasive.
Il livello di sedazione è più profondo in quanto affievolisce la capazità del soggetto di rispondere a stimoli tattili e verbali, preservando tuttavia il controllo del respiro.

PERCHE' VIENE FATTA?
Gli obiettivi della sedazinoe sono quelli di ridurre notevolmente il disagio per l'utente e rendere più tollerabile l'indagine diagnostica o la procedura terapeutica.

COME SI OTTIENE?
L'ansiolisi viene ottenuta mediante la somministrazione endovenosa di una benzodiazepina (midazolam).
La sedazione cosciente con analgesia si ottiene associando alla stessa benzodiazepina (midazolam) un farmaco antidolorifico della famiglia degli oppiacei (meperidina) in caso di procedure particolarmente dolorose, o analgesici non oppioidi in caso di procedure che evocano dolore di lieve e media entità.

CHI LA ESEGUE?
La sedazione viene eseguita dal medico responsabile della procedura diagnostica e/o terapeutica.

QUALI SONO LE COMPLICANZE?
L'ansiolisi e la sedazione cosciente associata ad analgesia possono essere gravate, come qualsiasi atto medico, da complicanze quali:

- ✓ isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche
- ✓ problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco
- ✓ depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco, che in alcune ancor più rare circostanze potrebbero risultare pericolose per la vita
- ✓ dolore nel punto di iniezione e tromboflebiti.

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Gorizia – Monfalcone
Sede di Gorizia: Via Fatebenefratelli 34, 34170 tel. 0481/592232 - centralino 0481/5921 Sede di Monfalcone: Via Galvani 1, 34074 tel. 0481/487240 - centralino 0481/4871

paolo.cassetti@asugi.sanita.fvg.it
radiologiago@asugi.sanita.fvg.it
radiologiamo@asugi.sanita.fvg.it

L'utente dovrà astenersi dalla guida di autoveicoli e dall'impiego di macchinari potenzialmente pericolosi, nonché dall'eseguire lavori impegnativi o assumere decisioni legali nelle 24 ore successive alla sedazione e potrà lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato.

QUAL'E' L'ALTERNATIVA ALLA SEDAZIONE?
Eseguire l'indagine diagnostica o la procedura terapeutica senza alcuna sedazione e con anestesia topica.

Poiché l'ansia e la soglia del dolore sono soggettive, è impossibile prevedere a priori il livello di sedazione ottimale per ciascun paziente.
Pertanto il medico responsabile può modulare l'ansiolisi e l'eventuale analgesia sulla base della risposta individuale, che può portare a livelli di sedazione più profondi rispetto a quelli preventivati.
In questo caso si potrà rendere necessaria l'assistenza delle funzioni respiratorie e cardiocircolatorie da parte di un anestesista rianimatore.

Quesiti o chiarimenti da parte del paziente:
……
……
……

Risposta del medico:
……
……
……

Ritengo le risposte chiare e esaurienti.

Lette e comprese chiaramente le spiegazioni riguardianti i vantaggi e i limiti delle diverse tecniche di sedazione e le loro possibili complicanze, confermo di accettare:

ANSIOLISI	SI ☐	NO ☐
SEDAZIONE COSCIENTE CON ANALGESIA	SI ☐	NO ☐

Acconsento inoltre a variazioni ed estesioni della tecnica proposta, ove si rendessero necessarie, a seguito di eventi non prevedibili durante lo svolgimento della procedura diagnostico/terapeutica.

*****

Il/la sottoscritto/a
(nome)_____(cognome)_____

DICHIARA
di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame radiologico da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare. Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.

Firma_____Data _____

Firma del Medico_____Data _____

****

Nego lo stato gravidico (Firma)_____Data _____

A USO INTERNO - Il paziente è stato identificato per due volte con diversa modalità.
Firma dell' operatore: Data: