

ALLEGATO 3: Cartella Anestesiologica

PARTOANALGESIA						
COGNOME E NOME						
DATA		ORA ESECUZIONE		ANESTESISTA/I		
Tecnica	Epidurale <input type="checkbox"/>		Spinale <input type="checkbox"/>		Combinata <input type="checkbox"/>	
Interspazio	L1-L2 <input type="checkbox"/>	L2-L3 <input type="checkbox"/>	L3-L4 <input type="checkbox"/>	L4-L5 <input type="checkbox"/>	L5-S1 <input type="checkbox"/>	
Posizione gravida	Seduta <input type="checkbox"/>		Laterale dx <input type="checkbox"/>		Laterale sx <input type="checkbox"/>	
Approccio	Mediano <input type="checkbox"/>		Paramediano dx <input type="checkbox"/>		Paramediano sx <input type="checkbox"/>	
Mandrino	Liquido <input type="checkbox"/>			Gassoso <input type="checkbox"/>		
Ago spinale	25 G <input type="checkbox"/>		26 G <input type="checkbox"/>		27 G <input type="checkbox"/>	
Ago peridurale	Tuohy G 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>		Catetere G 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>		altro	
Spazio peridurale	A cm dalla cute			Catetere inserito per:cm		
ORA						
FASE (dilatante/espulsiva)						
SUFENTANIL						
ROPIVACAINA						
LEVOBUPIVACAINA						
EFFETTI COLLATERALI						
BENESSERE PARTORIENTE						
PERCEZIONE CONTRATILE						
PERCEZIONE SPINTA						
ORA						
FASE (dilatante/espulsiva)						
SUFENTANIL						
ROPIVACAINA						
LEVOBUPIVACAINA						
EFFETTI COLLATERALI						
BENESSERE PARTORIENTE						
PERCEZIONE CONTRATILE						
PERCEZIONE SPINTA						

ORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
FARMACI												
FC	200											
	180											
	160											
	140											
	120											
	100											
	80											
	60											
	40											
	0											
PAS: < PAD: >												
INFUSIONI												
DUMEN												
TEMPERATURA												
PROFTE EMATICH												

CHIRURGI:

ANESTESISTI:

ANESTESIA GENERALE:
 M. Facciale M. Laringea N°
 Intubazione NT OT
 Tipo tubo:
 Numero tubo:

PRESDI USATI PER INTUBAZIONE DIFFICILE:

CLASSIFICAZIONE DI COMARCA-LEVIANE:
 GRADO 1 GRADO 2 GRADO 3 GRADO 4

VENTILAZIONE:
 Spontanea Manuale Meccanica
 Volumetrica Pressometrica
 Volume corrente: Frequenza resp:
 Rapporto I/E: P02: PEEP:
 Pressione inspiratoria:

Miscela gas:

BLOCCO CENTRALI:
 SUBARACNOIDEA PERIDURALE CONTINUA CSE
 Spazio:
 Farmac:

BLOCCO PERIFERICI:
 Tipo di blocco:
 Farmac:

MONITORAGGIO: ECG FC NIBP PB PVC
 SaO2 BECO2 Temp. Corp. Blocco neuromuscolare
 Diuresi SNG ALTRO:

POSTURA PAZIENTE:
 Supina Prona Seduta Ginecologica
 Laterale Trendelenburg Antitrendelenburg

RISCALDAMENTO PAZIENTE:
 Liquidi/Sangue Coperta Termica ALTRO:

BILANCIO FLUIDI:
 IN: tot. Cristalloidi: Tot. Colloidi:
 emoderivati:

OUT: liquidi parli:
 sangue perso:
 diuresi:

RISVEGLIO:
 Pronto Ritardato Risponde Esegue ordini semplici
 Vomito Dolore Tosse Agitazione

FIRMA ANESTESISTI:

NOTE



PRESIDIO OSPEDALIERO _____

CONSENSO ALL'ANALGESIA NEL TRAVAGLIO E PARTO

(IN ACCORDO ALLA LEGGE 22 Dicembre 2017, n.219 – NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO, vigente al 31-1-2018)

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver letto con attenzione l'informativa all'analgesia nel travaglio e parto, di essere stata esaurientemente informata e di aver compreso quali sono le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti indesiderati e le complicanze della partoanalgesia.

Mi è stato spiegato che si tratta di una metodica **efficace** nel controllo del dolore del parto, ma in alcuni casi la sua esecuzione può risultare tecnicamente difficile o impossibile, oppure esitare in un risultato incompleto. Dichiaro inoltre di essere informata circa la possibilità di impedimento all'attuazione della partoanalgesia per situazioni contingenti.

Sono stata informata che la partoanalgesia non viene eseguita durante il periodo prodromico, ma solo a travaglio iniziato, e ha una buona efficacia analgesica in fase dilatante, mentre la sua efficacia è inferiore in fase espulsiva e riferita come insoddisfacente nel 20-25% dei casi.

È stato chiarito che la partoanalgesia non ha effetti negativi sul neonato, ma può prolungare la durata della fase espulsiva del travaglio e produrre un aumento di parti vaginali operativi (ausilio di ventosa), ma non di tagli cesarei.

Mi è stato precisato che la partoanalgesia con tecniche neuro-assiali perimidollari (peridurale/epidurale, subaracnoidea/spinale e combinata spino-epidurale) è attualmente considerata **sicura** per il feto e per la madre ma, come ogni atto medico, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, non è esente da **effetti indesiderati** quali: prurito, nausea e vomito, brivido, ritenzione urinaria e riduzione della capacità motoria, nonché **complicanze** quali: ipotensione, anestesia spinale totale e/o arresto respiratorio e cardiaco, effetti tossici sistemici da rapido riassorbimento degli anestetici locali (cardio-tossicità, neuro-tossicità), cefalea persistente, ematoma spinale o peridurale, meningiti o accessi peridurali, lesioni neurologiche periferiche transitorie o permanenti e lombalgia.

Concordo sull'adozione di manovre di anestesia e rianimazione che si dovessero rendere improvvisamente necessarie per la salvaguardia della mia salute e quella del feto.

Sono stata informata che, sulla base della mia condizione specifica, è emerso che posso essere esposta ai seguenti rischi aggiunti:

Accetto inoltre che il medico anestesista modifichi o interrompa la tecnica concordata, qualora lo dovesse ritenere necessario.

Sono stata altresì informata che il mio stato di salute mi colloca in classe ASA _____ relativamente all'intervento di taglio cesareo in anestesia generale o loco-regionale.

Pertanto CHIEDO

- per **ME STESSA**
- per **MIA FIGLIA** (tenuto conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua volontà)
- per **LA PERSONA INTERDETTA** di cui sono tutore (sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità)
- per **LA PERSONA INABILITATA** di cui sono amministratore di sostegno (il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere)

di potermi avvalere della partoanalgesia e **ACCONSENSO all' esecuzione della medesima pratica medica.**

Data _____

FIRMA DEL MEDICO ANESTESISTA

FIRMA DELLA PAZIENTE (genitore/tutore/amministratore di sostegno/interprete)

COGNOME				NOME									
ETÀ		PESO		ALTEZZA		DATA		ANESTESISTA					
GRAVIDANZA N°				SETTIMANA DI GRAVIDANZA			DATA PRESUNTA DEL PARTO						
MALLAMPATI a I a II a III a IV		DENTI MOBILI a SI a NO		PROTESI DENTALI a SUP a INF a MOBILE a FESSA		RIDOTTA DISTANZA INTERINCISIVA a SI a NO		RIDOTTA DISTANZA TIROMETOMERA a SI a NO		RIDOTTA FLESSO-ESTENSIONE DEL CAPO a SI a NO			
VALUTAZIONE COLONNA VERTEBRALE													
ALLERGIE													
ANAMNESI MEDICA													
ANAMNESI CHIRURGICA													
ANAMNESI GRAVIDICA													
TERAPIE IN CORSO													
ECG													
GLICEMIA	CREAT/GFR	AST/ALT	T-GT	BIL	HB	HTC	PLT	PT	PTT	NA ⁺	K ⁺	CL ⁻	
ALTRE INDAGINI E CONSULENZE SPECIALISTICHE													
ASA				È POSSIBILE ESEGUIRE SPINALE-EPIDURALE-CSE						a SI		a NO	
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO ANESTESISTA RANIMATORE													