


**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale 'Città di Torino'  
P.O. Martini**

**DIPARTIMENTO CHIRURGIA  
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE 3  
Direttore Dr. Mauro Navarra**

**CARTELLA PARTOANALGESIA**

VISITA PRE-PARTUM

COGNOME		NOME	ETA'	DATA DI NASCITA	
PARITA'	ETA' GESTAZIONALE	DATA PRESUNTA DEL PARTO			
FUMO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EX <input type="checkbox"/> Sì N° sig/die	PROTESI DENTARIE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì DENTI MOBILI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì		ALLERGIE NO      SÌ _____	PESO INIZIALE/ AUMENTO PONDERALE _____  ALTEZZA_____  BMI_____	
ANAMNESI:					
ANNO			INTERVENTI CHIRURGICI		
ANESTESIE			GRUPPO SANGUIGNO		
			TS		
			RH		
			DISPONIBILITÀ SANGUE		
			_____		
ECG		ESAME OBIETTIVO			
		<input type="checkbox"/> nella norma      PA_____      FC_____			
		MOBILITÀ DEL COLLO RIDOTTA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			
		DISTANZA TIRO-MENTALE RIDOTTA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			
		MALLAMPATI			
					
ESAMI DI LABORATORIO					
ESAMI RADIOLOGICI					

Anamnesi Ostetrica:

Gravidanze Precedenti      si ( )      no ( )      a termine n° \_\_\_\_\_

Parti Operativi.      si ( )      no ( )

Ventosa si ( )    no ( )      Forcipe si ( )    no ( )      TC si ( )    no ( )

Patologie in gravidanza

Ipertensione si ( )    no ( )      Diabete si ( )    no ( )      Eclampsia si ( )    no ( )

Pre-eclampsia si ( )    no ( )      Coagulapotie si ( )    no ( )

Terapie in Gravidanza

Valutazione colonna vertebrale

CONSULENZE ESEGUITE

- ☐cardiologica
- ☐pneumologia
- ☐diabetologia
- ☐internistica
- ☐neurologia
- ☐nefrologia
- ☐\_\_\_\_\_

CONSULENZE DA RICHIEDERE

- ☐ cardiologica
- ☐ pneumologia
- ☐ diabetologia
- ☐ internistica
- ☐ neurologia
- ☐ nefrologia
- ☐ \_\_\_\_\_

ASA I   II   III   IV	E' possibile effettuare l'epidurale?    SI      NO
INDICAZIONI PER IL REPARTO	DATA _____
	FIRMA _____

SCHEDA MONITORAGGIO  
PARTOANALGESIA :

DATA: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
FIRMA: \_\_\_\_\_

TRAVAGLIO:  
Spontaneo      Indotto  
( )              ( )

ROTTURA delle  
MEMBRANE  
si ( )    no ( ).    h. \_\_\_\_\_

LIQUIDO AMNIOTICO  
Limpido    Torbido  
( )        ( )

Consenso all’inizio della procedura da parte del ginecologo di guardia  
dott \_\_\_\_\_

Punteggio BISHOP	0	1	2	3
Dilatazione	0	1-2	3-4	> 5
% Appianamento collo	0-30	40-50	60-70	> 80
Consistenza collo	Dura	Media	Soffice	-
Posizione collo	Posteriore	Post/Centrale	Centrale	-
Livello parte presentata	-3	-2	-1/0	1

TECNICA	Epidurale	Spinale	Combinata
POSIZIONE PAZIENTE	Seduta	Laterale dx	Laterale sin
LIVELLO	L2-L3	L3-L4	
APPROCCIO	Mediano	Paramediano sin	Paramediano dx

Tecnica:  
Mandrino liquido.    ( )  
Mandrino Gassoso ( )

Catetere inserito per .....cm  
Verso l’alto      Verso il basso  
( )              ( )

Dose test: si ( )    no ( )  
Test Aspirazione  
negativo: si ( )    no ( )

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MONITORAGGIO TRAVAGLIO

Data:	Dilatazione	Livello Testa	Ossitocina	Battito Fetales	NRS pre-carico	NRS post-carico	PAO / HR materna	Farmaco Oppiaceo Anestetico	Firma
H:								_____	
H:								_____	
H:								_____	
H:								_____	
H:								_____	

PIEB : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORA PARTO:

Fisiologico: SI    NO

FORCIPE    VENTOSA

TC

APGAR 1/5 min \_\_\_\_\_ COMPLICANZE NEONATALI \_\_\_\_\_

EPISIOTOMIA / LACERAZIONI  
SUTURA

FARMACI

NOTE / COMPLICANZE \_\_\_\_\_

RIMOZIONE CATETERE:  
Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Firma anestesista \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO all’analgesia nel TRAVAGLIO e PARTO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome:\_\_\_\_\_ nata il\_\_\_\_\_

DATI SANITARI (a cura del medico)

Atto sanitario proposto: **ANALGESIA**

- ☐ EPIDURALE
- ☐ SUBARACNOIDEA
- ☐ COMBINATA SUBARACNOIDEA-EPIDURALE (CSE)

Dichiaro di aver fornito l’informazione sull’atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato e di aver consegnato il prospetto informativo riguardante le varie tecniche anestesilogiche. I medici cui potrà fare riferimento sono quelli afferenti alla S.C. di Anestesia e Rianimazione 3 ospedale Martini.

### ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato/ a informato/ a in modo comprensibile ed esauriente dal dott. / dott.ssa \_\_\_\_\_ di aver compreso il tipo di analgesia e di monitoraggio delle funzioni vitali a cui verrò sottoposta ed i motivi che la rendono la scelta più opportuna. Mi è stato spiegato che l’analgesia epidurale, la subaracnoidea e la combinata, che rappresentano la TECNICA PERIMIDOLLARE, consistono nell’introduzione di farmaci (oppiacei e/o anestetici locali) nello spazio peridurale (spazio compreso tra il canale vertebrale e il sacco durale) e/o subaracnoideo attraverso un catetere/ago che verrà introdotto in tale spazio dall’anestesista. Il catetere verrà mantenuto in sede per tutta la durata del travaglio e del parto e verrà rimosso nelle ore successive. I farmaci verranno somministrati dall’anestesista in una o più dosi oppure in modo continuo attraverso una pompa. La tecnica è finalizzata al raggiungimento di una spiccata riduzione del dolore fisiologicamente presente durante il travaglio, ma non ad una sua abolizione completa. Nelle persone sottoposte a terapie anticoagulanti, l’analgesia potrà essere fatta solo dopo un adeguato periodo di sospensione dall’ultima dose somministrata. L’analgesia perimidollare è controindicata in presenza di malattie emorragiche, in caso di infezioni generalizzate o localizzate alla schiena o nel caso grave piastrinopenia e/o alterazioni delle prove di coagulazione. Verrà valutato caso per caso la possibilità tecnica di eseguirla nelle pazienti portatrici di tatuaggi nella zona lombare. La tecnica antalgica potrà essere modificata o non eseguita a giudizio dell’anestesista sulla base degli esami ematochimici, di eventuali terapie anticoagulanti e della fase del travaglio, in accordo con la paziente e il medico ginecologo di guardia. Mi è stato inoltre spiegato che l’anestesia moderna è sicura, tuttavia come accade in tutte le discipline mediche, non è esente da rischi e complicanze. Gli effetti collaterali e le potenziali complicanze dell’analgesia con la TECNICA PERIMIDOLLARE sono i seguenti:

- mancato posizionamento del catetere, analgesia incompleta e/o asimmetrica con necessità di sospendere la procedura o riposizionare il catetere.
- riduzione della pressione arteriosa (raro); per questo motivo risultano necessari la somministrazione di liquidi endovenosi prima dell’inizio della procedura e il monitoraggio della pressione arteriosa e del battito cardiaco materno ad intervalli prestabiliti;
- puntura accidentale della dura madre con ago da peridurale con possibile insorgenza di cefalea della durata variabile da pochi giorni a qualche settimana, che richiede il riposo a letto e l’assunzione di analgesici, l’incidenza di questa complicanza è 10/1000.

- dolore transitorio nella sede di puntura;
- in rarissimi casi è possibile la comparsa di ematoma epidurale o di alterazioni neurologiche permanenti;
- per quanto riguarda il feto ed il neonato non sono noti significativi effetti negativi; alcune casistiche presenti nella letteratura internazionale riportano un aumentato rischio di prolungamento della fase espulsiva e di parto vaginale operativo (ventosa) e dell’utilizzo di ossitocina (stimola le contrazioni della muscolatura liscia dell’utero), ma non di taglio cesareo.

Dichiaro di aver ricevuto esaudienti risposte alle mie richieste di chiarimenti

Data\_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_ Firma anestesista \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA TRASFUSIONALE

Dichiaro di essere stato informato/a dal Dr.\_\_\_\_\_

della mia situazione clinica che può richiedere/richiede terapia trasfusionale con:

- ☐ Emocomponenti (emazie, plasma e piastrine) .....☐ Sangue omologo (predisposto)
- ☐ Albumina.....☐ Fattori della coagulazione
- ☐ Immunoglobuline .....☐ Colla di fibrina
- ☐ Streptochinasi .....☐ Complesso protrombinico
- ☐ Vaccino.....☐ Antitrombina
- Interferone ...../.....

- degli effetti benefici e dei rischi relativi (inclusa la trasmissione di virus dell’immunodeficienza, dell’epatite etc.) ed allergici ad essa correlati;
- delle conseguenze che potrebbero derivarmi dal rifiuto di tale terapia;
- della necessità di segnalare nel mio interesse, pregressi eventi quali:malattie, terapie effettuate/in corso, terapie post-trasfusionali, manifestazioni tossiche o allergiche, interventi chirurgici;
- che i medici curanti praticheranno questa terapia solo in caso di stretta necessità ed indicazione ed applicheranno i protocolli commisurati al rischio
- di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato sia in ordine alle mie condizioni cliniche che ai rischi connessi alla terapia:
- delle eventuali terapie alternative (autotrasfusione. Emodiluizione etc.)dei loro vantaggi ed indicazioni;
- che tutte le indagini prescritte per legge sono state eseguite sul sangue del donatore per rendere la terapia il più sicura possibile

### ☐ ACCONSENTO

All’esecuzione della terapia, resto codesta struttura per tutta la durata del ricovero

Data..... ora.....

FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_. IL MEDICO\_\_\_\_\_

### ☐ NON ACCONSENTO

Data..... ora.....

FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_. L MEDICO\_\_\_\_\_

