

ANALGESIA PERIMIDOLLARE IN TRAVAGLIO DI PARTO

1. Lista di distribuzione
2. Emissione
3. Scopo
4. Campo di applicazione
5. Riferimenti
6. Definizioni
7. Responsabilità
8. Descrizione delle attività e modalità operative
9. indicatori e parametri di controllo
10. Allegati

1. Lista di distribuzione

La seguente procedura deve essere distribuita al personale medico e ostetrico del Dipartimento Materno-Infantile Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma

2. Emissione

Revisione	Data	Redazione	Approvazione
1	01/03/16	Dott.ssa MG Frigo UOS Anestesia Ostetrica	Direttore Sanitario

3. Scopo

Garantire omogeneità di comportamenti fra i membri dell'equipe anestesiológica, per salvaguardare la sicurezza della partoriente, la qualità dell'intervento e facilitare la collaborazione, attraverso percorsi standardizzati con i colleghi ginecologi e con le ostetriche.

4. Campo di applicazione

Sala parto Dipartimento Materno-Infantile Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma

5. Riferimenti

Autore	Titolo	Data
ASA Task- force on Obstetrical CIAO	Practice Guidelines for Obstetrical Anaesthesia Protocolli relativi all'Osp. Fatebenefratelli-Isola Tiberina Roma www.ciao.it	2007 2007
Celleno D. Frigo MG	Analgesia, Anestesia e Terapia Intensiva in Ostetricia CISU Ed	2008
The Royal College of Anaesthetists	Obstetrics services: raising the standard	2005
ACOG Practice Bulletin	Clinical Management guidelines for Obstetricians and Gynecologists	2009
Reproductive Care Program of Nova Scotia- Canada	Labor Analgesia Guidelines for Obstetrical Practice Reproductive Care Program	2005
NICE	Caesarean section Clinical Guideline	2004
OAA/AAGBI	Guidelines for Obstetric Anaesthetics Services	2005
SOAP	Guidelines for Regional Anesthesia in Obstetrics	2006
Cochrane Database Syst Rev 2005; 19;(4):CD000331	Anim-Somuan M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.	2005
Marucci M, Cinnella G, Perchiazzi G, Brienza N, Fiore	Patient-requested neuraxial analgesia for labor: impact on rates of cesarean and instrumental vaginal delivery. Anesthesiology 2007; 106:1035-45.	2007
Halpern SH, Muir H, Breen TW, Campbell DC, Barrett J, Liston R, Blanchard W.	A multicenter randomized controlled trial comparing patient-controlled epidural with intravenous analgesia for pain relief in labor. Anesth Analg 2004; 99(5):1532-8.	2004
Wang F, Shen X, Guo X, Peng Y, Gu X;	Labor Analgesia Examining Group. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. Anesthesiology 2009;111:871-80.	2009
Abenham HA, Fraser WD.	Impact of pain level on second-stage delivery outcomes among women with epidural analgesia: results from the PEOPLE study. Am J Obstet Gynecol 2008 Nov;199:500.e1-6	2008

6. Definizioni

VAS	Visual analogue score
OSS	Operatore socio sanitario
AP	Analgesia Peridurale
ACSE	Analgesia Combinata Spino Epidurale
As	Analgesia spinale
AG	Anestesia Generale
AS	Anestesia Subaracnoidea
TC	Taglio Cesareo
Ev	Via endovenosa
LOR	Loss of Resistance
BCF	Battito Cardiaco Fetale
SpO ₂	Saturazione pulsatile ossigeno
PA	Pressione arteriosa

7. Responsabilità

Attività	Medico Anestesista	Medico Ginecologo	Ostetrica
Valutazione ostetrica		R	R*
Indicazione inizio analgesia	R*	R	R*
Esecuzione dell'analgesia	R		C
Monitoraggio dell'analgesia	R		C
Mantenimento dell'analgesia	R	R	C
Espletamento del parto	R*	R	R
Rimozione del catetere e controllo postpartum	R		C

R*= responsabile per le specifiche competenze

R= responsabile

C= coinvolto

8. Descrizione delle attività e modalità operative

Analgesia epidurale per travaglio di parto

<i>PROCEDURA AP per Travaglio di parto</i>	<i>NOTE</i>
<ul style="list-style-type: none"> Controllare la cartella di analgesia e il consenso informato firmato Informare la partoriente della procedura che si sta intraprendendo Valutare il dolore (VAS) Chiedere al ginecologo/ostetrica la dilatazione cervicale e la posizione della testa fetale Accertarsi che una vena periferica della paziente sia incannulata 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non necessaria pre-idratazione, troppi liquidi possono ridurre le contrazioni uterine e determinare globo vescicole
<ul style="list-style-type: none"> Posizionare la partoriente in decubito laterale sinistro con le ginocchia flesse al petto, le spalle e il bacino perpendicolari al piano del letto oppure seduta inarcando la colonna 	
<ul style="list-style-type: none"> Monitorizzare la partoriente con SpO₂, PA e annotare i valori basali Monitorizzare BCF 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ In assenza di ipotensione materna è sufficiente un monitoraggio di 10-15'
<ul style="list-style-type: none"> Indossare guanti sterili, cappellino e maschera Preparare il carrello con il campetto sterile già predisposto 	
<ul style="list-style-type: none"> Disinfettare la zona lombare e posizionare i telini sterili in modo da controllare sterilmente il posizionamento della partoriente 	
<ul style="list-style-type: none"> Materiali: ago di Tuohy 16G catetere epidurale 18G (set Portex Smiths) 	

<p>Siringa da 20 ml per ropivacaina Siringa da 5 ml per test dell'aspirazione Siringa da 5 ml con mepivacaina 2% per anestesia locale Ago per aspirare farmaci con filtro antifrangenti di vetro sufentanil 10 µg in 5 ml di fisiologica</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Individuare gli spazi intervertebrali L₂-L₃ o L₃-L₄ • Previa anestesia locale eseguire il blocco con tecnica LOR preferibilmente con mandrino liquido • Inserire il cateterino e posizionarlo in modo che rimanga per 4 cm nello spazio epidurale • Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dello stesso ed iniettare lentamente la dose terapeutica di anestetico locale e di oppioide • Fissare il cateterino e posizione la partoriente in decubito laterale sinistro di 15° con cuneo sotto il fianco destro (Liv. di raccomandazione A) • Dopo 10' ricontrrollare l'analgesia (VAS), i parametri materni gli eventuali effetti collaterali, il BCF, e testare se la partoriente può deambulare 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con la tecnica LOR con mandrino liquido minor frequenza di puntura durale accidentale, minor incidenza di analgesia a chiazze e prevenzione del pneumoencefalo ✓ L'eccessivo inserimento del cateterino può determinare analgesia monolaterale ✓ Criteri per la deambulazione in AE: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ blocco efficiente ⇒ assenza ipotensione posturale ⇒ Romberg negativo ⇒ Assenza blocco motorio ⇒ Presenza di accompagnatore ⇒ Assenza alterazione BCF
<ul style="list-style-type: none"> • Informare la partoriente sulla durata dell'analgesia e sulle necessità di farsi chiamare per un rabbocco 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eseguire un rabbocco prima che il dolore insorga di nuovo (VAS > 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Essere sempre presenti al momento del parto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Somministrare 5 ml di mepivacaina o lidocaina 2% per episiotomia/episioraffia

Monitorizzare PA, Fc, SpO₂ materna ogni 5' per i primi 30' sia dopo la dose iniziale che dopo i rabbocchi successivi, e almeno ogni 30' per tutta la durata del travaglio. Il BCF deve essere registrato per i primi 20' dopo la dose iniziale e, durante il travaglio, a giudizio dell'ostetrica e/o del ginecologo.

**ANALGESIA EPIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO
DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI**

NULLIPARA

DILATAZIONE CERVICALE	POSIZIONE DELLA TESTA	DOSE INIZIALE		DOSE SUCCESSIVA	
		FARMACO E DOSE	VOLUME TOTALE (ml)	FARMACO E DOSE	VOLUME (ml)
Cm					
2-3	-2/-1	Sufentanil 10 µg	5	Ropivacaina 0,10%	20
3-5	-1	Ropivacaina 0,10% e Sufentanil 10 µg	15-20	Ropivacaina 0,10 %	10-15
>6		Ropivacaina 0,10% e Sufentanil 10 µg	15-20	Ropivacaina 0,15-0,20%	10
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0,15%	15		

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5 ml di mepivacaina 2% o lidocaina 2% per l'analgia perineale o per l'episiotomia/raffia.

SECONDI PARA

DILATAZIONE CERVICALE	POSIZIONE DELLA TESTA	DOSE INIZIALE		DOSE SUCCESSIVA	
		FARMACO E DOSE	VOLUME TOTALE (ml)	FARMACO E DOSE	VOLUME (ml)
Cm					
4-5	-1	Ropivacaina 0,10-0,15% e Sufentanil 10 µg	15-20	Ropivacaina 0,15%	10-15
6-7	-1	Ropivacaina 0,15-0,20%	10-15	Ropivacaina 0,20%	10-20
Dilatazione completa		Ropivacaina 0,20%	10-15		

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5 ml di mepivacaina 2% o lidocaina 2% per l'analgia perineale o per l'episiotomia/raffia.

ROPIVACAINA

DILUIZIONI

% Ropivacaina	Ropivacaina 2 mg/ml (ml)	Soluzione fisiologica (ml)	mg	ml totali
0,20	20	0	40	20
0,15	15	5	30	20
0,10	10	10	20	20

SUFENTANIL

DILUIZIONI

Aspirare un ml di sufentanil (50 µg) ed aggiungere 4 ml di soluzione fisiologica per ottenere un volume totale di 5 ml:

Soluzione fisiologica (ml)	Sufentanil (ml)	µg sufentanil/ml ottenuti
4	1 (50 µg)	10

Prendere 1 ml della soluzione ottenuta ed aggiungere 4 ml di soluzione fisiologica per ottenere 5 ml di una soluzione contenente 10 µg di sufentanil.

Analgesia combinata spino epidurale per travaglio di parto

<i>PROCEDURA ACSE per Travaglio di parto</i>	<i>NOTE</i>
<ul style="list-style-type: none">Controllare la cartella di analgesia e il consenso informato firmatoInformare la partoriente della procedura che si sta intraprendendoValutare il dolore (VAS)Chiedere al ginecologo/ostetrica la dilatazione cervicale e la posizione della testa fetaleAccertarsi che una vena periferica della paziente sia incannulata	✓ Non necessaria pre-idratazione, troppi liquidi possono ridurre le contrazioni uterine e determinare globo vescicole
<ul style="list-style-type: none">Posizionare la partoriente in decubito laterale sinistro con le ginocchia flesse al petto, le spalle e il bacino perpendicolari al piano del letto oppure seduta inarcando la colonna	
<ul style="list-style-type: none">Monitorizzare la partoriente con SpO₂, PA e annotare i valori basaliMonitorizzare BCF	✓ In assenza di ipotensione materna è sufficiente un monitoraggio di 10-15'
<ul style="list-style-type: none">Indossare guanti sterili, cappellino e mascheraPreparare il carrello con il campetto sterile già predisposto	
<ul style="list-style-type: none">Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da controllare sterilmente il posizionamento della partoriente	

<ul style="list-style-type: none"> • Materiali: <ul style="list-style-type: none"> -ago di Tuohy 16G catetere epidurale 18G (set Portex Smiths) -ago Whitacre 26G 119 mm -1 siringa da 2,5 ml -1 siringa da 10 ml -1 siringa da 5 ml per test dell'aspirazione -1 siringa da 5 ml con mepivacaina 2% per anestesia locale -Ago per aspirare farmaci 	
<ul style="list-style-type: none"> • Individuare gli spazi intervertebrali L₂-L₃ o L₃-L₄ • Previa anestesia locale introdurre ago di Tuohy con tecnica LOR, preferibilmente con mandrino liquido, sino allo spazio epidurale • Introdurre ago 26G 119mm entro ago di Tuohy fino a perforare la dura madre • Sfilare mandrino dell'ago Whitacre • Accertarsi della fuoriuscita di liquor • Iniettare sufentanil 2,5 µg e ropivacaina 2 mg (portati a 5ml con fisiologica) • Rimuovere ago di Whitacre • Inserire il cateterino e posizionarlo in modo che rimanga per 4 cm nello spazio epidurale • Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dello stesso • Fissare il cateterino e posizione la partoriente in decubito laterale sinistro di 15° con cuneo sotto il fianco destro (Liv. di raccomandazione A) • Dopo 10' ricontrrollare l'analgia (VAS), i parametri materni gli eventuali effetti collaterali, il BCF, e testare se la partoriente può deambulare 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con la tecnica LOR con mandrino liquido minor frequenza di puntura durale accidentale, minor incidenza di analgesia a chiazze e prevenzione del pneumoencefalo ✓ L'eccessivo inserimento del cateterino può determinare analgesia monolaterale ✓ Criteri per la deambulazione in ACSE: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ blocco efficiente ⇒ assenza ipotensione posturale ⇒ Romberg negativo ⇒ Assenza blocco motorio ⇒ Presenza di accompagnatore ⇒ Assenza alterazione BCF ✓ <u>In alternativa, blocco analgesico spinale (ago 25G Whitacre 90 mm) seguito dopo qualche minuto dal posizionamento del catetere epidurale attraverso ago di Tuohy.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Informare la partoriente sulla durata dell'analgia e sulle necessità di farsi chiamare per un rabbocco 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eseguire un rabbocco prima che il dolore insorga di nuovo (VAS > 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Essere sempre presenti al momento del parto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Somministrare 5 ml di mepivacaina o lidocaina 2% per episiotomia/episioraffia

Monitorizzare PA, Fc, SpO2 materna ogni 5' per i primi 30' sia dopo la dose iniziale che dopo i rabbocchi successivi, e almeno ogni 30' per tutta la durata del travaglio. Il BCF deve essere registrato per i primi 20' dopo la dose iniziale e, durante il travaglio, a giudizio dell'ostetrica e/o del ginecologo.

ROIIVACAINA

DILUIZIONI

% Ropivacaina	Ropivacaina 2 mg/ml (ml)	Soluzione fisiologica (ml)	mg	ml totali
0,04	1 ml	4	2	5
0,05	1,25 ml	4	2,5	5
0,06	1,5 ml	4	3	5

LEVOBUPIVACAINA

Aspirare sterilmente 1 ml di levobupivacaina 0,5% (5mg) ed aggiungere 9 ml di sol fisiologica (ogni ml=0,5 mg levobupivacaina)

DILUIZIONI

% Levobupivacaina	Levobupivacaina 0,5 mg/ml (ml)	Soluzione fisiologica (ml)	mg	ml totali
0,025	2,5 ml	2,5	1,25	5
0,03	3 ml	2	1,5	5
0,04	4 ml	1	2	5
0,05	5ml	0	3	5

SUFENTANIL

DILUIZIONI

Aspirare un ml di sufentanil (50 µg) ed aggiungere 4 ml di soluzione fisiologica per ottenere un volume totale di 5 ml:

Soluzione fisiologica (ml)	Sufentanil (ml)	µg sufentanil/ml ottenuti
4	1 (50 µg)	10

Prendere 1 ml della soluzione ottenuta ed aggiungere 4 ml di soluzione fisiologica per ottenere 5 ml di una soluzione contenente 10 µg di sufentanil.

Soluzione fisiologica (ml)	µg sufentanil/ml	Siringa da insulina da 1 ml graduata in 100 UI
1	10	1 µg sufentanil ogni 10 UI

Analgesia Combinata Spinale-Epidurale in Travaglio di Parto Dosi, Volumi e Concentrazioni NULLIPARA

Dilatazione cervicale	Posizione della testa	Dose iniziale		Dose successiva	
centimetri		Farmaco e dose intratecale	Volume intratec (ml)	Farmaco e dose Epidurale	Volume epidurale (ml)
2 - 3	-2/-1	Sufentanil 2,5 µg	5	Ropivacaina 0.05% -0.10% o Levobupivacaina 0.05% - 0.0625%	15-20
3 - 5	-1	Ropivacaina 0.04% o Levobupivacaina 0.025% e Sufentanil 2,5 µg	5	Ropivacaina 0.05% -0.10% o Levobupivacaina 0.0625%	15-20
> 6	-1	Ropivacaina 0.05% - 0.06% o Levobupivacaina 0.03% - 0.04% e Sufentanil 2,5 µg	5	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0.0625%	20
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05%	5		

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 – 7 ml di Mepivacaina o Lidocaina 1-1.5% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia.

PLURIPARA

Dilatazione cervicale	Posizione della testa	Dose iniziale		Dose successiva	
centimetri		Farmaco e dose intratecale	Volume intratec. (ml)	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
3 - 4	-2/-1	Ropivacaina 0.04% o Levobupivacaina 0.04% e Sufentanil 2,5µg	5	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0.0625%	15-20
6 - 7	-1	Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05% e Sufentanil 2.5 µg	5	Ropivacaina 0.15% o Levobupivacaina 0.0125%	10-15
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05% e Sufentanil 2.5 µg	5		

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 – 7 ml di Mepivacaina o Lidocaina 1-1.5% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia.

Analgesia spinale per travaglio di parto

Nelle gravide (pluripare e primipare) giunte in Sala Travaglio a dilatazione completa può essere eseguita la sola Analgesia Spinale:

dilatazione cervice uterina	Farmaci	Dose	Volume
10 cm.	Sufentanil Ropivacaina	2.5 µg 2,5 mg	5 ml

Monitorizzare PA, Fc, SpO2 materna ogni 5' per i primi 30', e almeno ogni 30' per tutta la durata del travaglio. Il BCF deve essere registrato per i primi 20' dopo la dose iniziale e, durante il travaglio, a giudizio dell'ostetrica e/o del ginecologo.

9. Indicatori e parametri di controllo

% di partoanalgesia

% di partoanalgesia convertite a TC

% di punture durali in corso di partoanalgesia

% di cefalea post-puntura durale

valutazione del grado di soddisfazione delle puerpere (% di donne soddisfatte, scarsamente soddisfatte, insoddisfatte)

10. Allegati

N° 01- PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO
Elenco materiale

N° 02 -Consenso informato

**Allegato N° 01- PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO
Elenco materiale**

MATERIALI PER L'ANALGESIA PERIMIDOLLARE PER IL TRAVAGLIO DI PARTO

PERIDURALE

- Carrello di anestesia loco-regionale
- Carrello monitoraggio materno
- 1 Minipak Portex (Ago di Tuohy 16 G o 18 G)
- Campetto sterile (BASIC SET) composto da:
 - ✓ 1 vassoio
 - ✓ 1 siringa da 2,5 ml
 - ✓ 2 siringhe da 5 ml
 - ✓ 1 ago ipodermico 22 G
 - ✓ 1 telo 150 x 60 cm
 - ✓ 1 telo 70 x 45 cm fenestrato con striscia adesiva sul lato lungo
 - ✓ 1 vaschetta
 - ✓ 1 pinza tipo Kocher
 - ✓ 4 compresse di garza piccole
 - ✓ 2 compresse di garza grandi
 - ✓ 1 ago con filtro da 5 micron
 - ✓ 1 telo da tavolo 75 x 70 cm
- 1 flacone di Ropivacaina 2mg/ml (10 ml) o Levobupivacaina 2,5mg/ml (10 ml)
- 3 fiale di soluzione fisiologica 0,9%
- 1 fiala di Fentatienil
- 1 fiala di Mepivacaina 2%
- 1 siringa da 20 ml (per Ropivacaina o Levobupivacaina)
- 2 siringhe da 5 ml (per le soluzioni di Fentatienil)
- 1 cerotto sterile Soffix Med 10x 10 cm
- un flacone di disinfettante iodato

COMBINATA (SPINALE-EPIDURALE)

- Carrello di anestesia loco-regionale
- Carrello monitoraggio materno
- 1 Minipak Portex CSE /Ago di Tuohy 16 G/Spinal needle pencil point 26G
- Campetto sterile (BASIC SET) composto da:
 - ✓ 1 vassoio
 - ✓ 1 siringa da 2,5 ml
 - ✓ 2 siringhe da 5 ml
 - ✓ 1 ago ipodermico 22 G
 - ✓ 1 telo 150 x 60 cm
 - ✓ 1 telo 70 x 45 cm fenestrato con striscia adesiva sul lato lungo
 - ✓ 1 vaschetta
 - ✓ 1 pinza tipo Kocher
 - ✓ 4 compresse di garza piccole
 - ✓ 2 compresse di garza grandi
 - ✓ 1 ago con filtro da 5 micron
 - ✓ 1 telo da tavolo 75 x 70 cm
- 1 flacone di Ropivacaina 2mg/ml (10 ml) o Levobupivacaina 2,5mg/ml (10 ml)
- 3 fiale di soluzione fisiologica 0,9%
- 1 fiala di Fentatienil
- 1 fiala di Mepivacaina 2%
- 1 siringa da 5 ml (per la soluzione di Fentatienil)
- 1 siringa da insulina
- 1 cerotto sterile Soffix Med 10x 10 cm
- un flacone di disinfettante iodato

Allegato N° 02 -Consenso informato
SCHEMA CONSENSO INFORMATO

In vista del parto ed a seconda delle modalità di espletamento dello stesso, dichiaro di essere stata esaurientemente informata sui tipi di tecniche anestesologiche a cui potrei essere sottoposta (generale, spinale, epidurale) e sugli effetti che queste hanno o potrebbero avere su di me e sul feto, sulle tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali, sulle possibili complicanze: puntura durale (la nostra casistica è di 4 casi su 1000 peridurali mentre quella del mondo occidentale è di 10 su 1000); ematoma peridurale (estremamente raro); dolore transitorio in sede di puntura; lombalgia transitoria; neuropatia transitoria e permanente (casistica dei paesi occidentali 1 caso su 200.000); insuccesso della tecnica; mortalità materna (incidenza statistica correlabile all'analgia perimidollare dello 0,00006%, in relazione ad anestesia generale il rischio è notevolmente aumentato).

Per quanto riguarda il feto ed il neonato non sono noti significativi effetti negativi.

Alternative a questa tecnica analgica sono: terapie farmacologiche somministrate per via parenterale e non farmacologiche come quelle di rilassamento e altre non di competenza anestesologica (anche se la loro efficacia sulla riduzione del dolore non è comparabile con le tecniche di analgesia).

Sono stata informata anche della possibilità che su indicazione del ginecologo e/od ostetrica presenti al parto mi venga sospesa l'analgia peridurale in travaglio.

Come complemento informativo mi è stato consegnato un opuscolo sull'analgia in travaglio e sull'anestesia per il taglio cesareo, che ne illustra la tecnica, le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali.

Avendo ben compreso quanto illustratomi, dichiaro di essere stata informata per quanto riguarda i relativi rischi, complicanze, tecniche alternative e in seguito a mia richiesta acconsento che mi venga applicata una delle tecniche su esposte.

Accetto l'eventualità che l'anestesista o su richiesta del ginecologo di guardia o per motivi specialistici, possa modificare la tecnica concordata, se fosse a suo giudizio, necessario.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti risposte alle mie richieste di chiarimenti.

Dichiaro inoltre di essere stata informata che la mia attuale condizione fisica mi colloca nella classe ASA Ostetrica _____.

La mia particolare condizione clinica in particolare mi sottopone ai seguenti rischi specifici:

- Maggiore difficoltà nel reperimento dello spazio epidurale
- Incompleta diffusione dei farmaci nello spazio epidurale
- Analgesia/anestesia incompleta o a “macchia di leopardo”
- Parestesia transitoria
- Conversione ad altro tipo di anestesia
- Ipotensione
- Nausea vomito
- Prurito
- Somministrazione di sangue e/o emoderivati (Plasma, Piastrine, ATIII, etc.)
- Difficoltà intubazione orotracheale (avulsione dentale, tracheostomia, etc.)
- Aumento del rischio di mortalità per Anestesia Generale
- Possibile trasferimento in CRTI
- Consegnato documento informativo

Firma della Paziente _____

Firma dell'Anestesista a cui è stato espresso il Consenso

Data _____

DATA

DATA