



**A.S.L. VC**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

**CONSENSO INFORMATO  
ALL'ANESTESIA E ALLE TRASFUSIONI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\*in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
sono stato informato dal dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
in presenza dei seguenti testimoni (ove presenti):

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(qualifica)

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(qualifica)

che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di:

- anestesia generale \_\_\_\_\_  
 anestesia loco-regionale \_\_\_\_\_

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da modulistica allegata riguardanti:

- i benefici attesi, i possibili problemi di recupero e le complicanze ragionevolmente prevedibili;
- le alternative all'anestesia prospettata;
- il fatto che, qualora si verifici uno stato di necessità, il sanitario è tenuto ad agire, ponendo in essere quel trattamento che, in scienza e coscienza, ritiene più idoneo per il paziente;
- l'importanza di segnalare eventuali malattie pregresse o in corso, perché potrebbero influire sull'anestesia;
- il diritto di rifiutare o sospendere in qualunque momento la procedura e le conseguenze derivanti da questa scelta

E QUINDI

acconsento all'esecuzione dell'anestesia sopra indicata      si  no

data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico che acquisisce la volontà \_\_\_\_\_

*\* compilare in caso di paziente minore, interdetto o temporaneamente incapace di intendere e volere ove sia stato nominato un curatore speciale.*

Sono stato inoltre informato che potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue/emocomponenti (plasma fresco congelato, concentrati piastrinici) e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus HIV, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato, sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivare se la trasfusione non venisse effettuata e le possibili alternative.

Pertanto acconsento    si  no  che il trattamento trasfusionale necessario sia effettuato per tutto il decorso del ricovero.

data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico che acquisisce la volontà \_\_\_\_\_

## REVOKA DEL CONSENSO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

a partire dalle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta, revoco il consenso (barrare l'opzione di interesse):

- alla anestesia precitata
- alla trasfusione di \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_