



**DIPARTIMENTO URGENZA EMERGENZA**  
**U.O.C. DI ANESTESIA ,RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE**  
**045-6138504 FAX 0456138508**  
**Direttore dr.G. Castellano**

## CONSENSO INFORMATO ALL'ANALGESIA EPIDURALE PER IL TRAVAGLIO DI PARTO

La sottoscritta \_\_\_\_\_

chiede di essere assistita durante il periodo del proprio travaglio di parto con analgesia epidurale e dichiara:

- di essere a conoscenza che questa tecnica ben condotta è un metodo sicuro ed efficace per attenuare il dolore del travaglio di parto con minima interferenza nei confronti dei fisiologici meccanismi implicati nel normale svolgimento del travaglio
- di avere compreso che l'obiettivo di tale tecnica non è la scomparsa assoluta del dolore che accompagna il travaglio di parto, bensì la sua significativa attenuazione
- di essere stata resa edotta che condizioni quali:
  - mancato consenso della partoriente
  - alterazioni degli esami emocoagulativi
  - infezioni sistemiche
  - infezioni localizzate nella sede di puntura
  - ipotensione arteriosa grave
  - malattie neuromuscolari
  - pregressi interventi chirurgici alla colonna vertebrale
  - gravi alterazioni delle curve fisiologiche della colonna vertebrale
  - grave obesità
  - assunzione di farmaci che alterino la funzionalità del sistema emocoagulativo (eparina, aspirina, FANS)
 rappresentano controindicazioni all'esecuzione di tale tecnica
- di essere informata che tale tecnica può comportare l'insorgenza di complicanze minori, seppur infrequenti, quali cefalea o dolore transitorio nel sito di puntura e di complicanze maggiori quali ematoma od ascesso nello spazio epidurale (1:180.000, 1:220.000 a seconda delle statistiche) e comunque in donne con fattori di rischio
- di aver eseguito nel periodo finale della gravidanza gli esami ematochimici necessari al medico Anestesista per valutare la fattibilità della procedura in sicurezza, ovvero PT, PTT e conta piastrinica e di averli messi a sua disposizione.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO AL MEDICO OSTETRICO CHE ASSISTE AL TRAVAGLIO E AL PARTO

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, in qualità di medico Ostetrico che assiste al travaglio e al parto della Signora \_\_\_\_\_, dichiaro che non esistono controindicazioni in atto dal punto di vista ostetrico-ginecologico all'assistenza del travaglio di parto mediante analgesia epidurale.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_