

Compilare solo in caso di impossibilità alla stampa dell'etichetta

Cognome: .....  
 Nome: .....  
 Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE PER PROCEDURE A SCOPO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO IN PAZIENTI NON COLLABORATIVI**

Io sottoscritto ..... genitore/tutore di ..... in vista dell'esame diagnostico programmato, dichiaro di essere stato adeguatamente informato dal dott. .... sulla necessità di provvedere a sedazione farmacologica per l'esecuzione delle manovre diagnostiche cliniche e strumentali che mi sono state proposte, sulle modalità con cui verrà eseguita la sedazione e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali, come dettagliato nello schema sotto riportato.

Mi è stato inoltre adeguatamente spiegato che alcuni esami diagnostici radiologici come la TAC, la Risonanza Magnetica, la diagnostica nucleare, richiedono che il paziente mantenga per tempi prolungati una assoluta immobilità per consentire una acquisizione ottimale delle immagini, e che altre procedure diagnostiche, come quelle endoscopiche (gastroscopia, colonscopia), possono risultare poco tollerabili in quanto invasive. In questi casi occorre una sedazione farmacologica onde consentire l'esecuzione dell'esame.

Esame diagnostico: .....	Esami ematici	Ecografia	TAC	RMN	Endoscopia	.....
Farmaco sedativo proposto:..	Propofol	Midazolam	Kalinox (N <sub>2</sub> O/O <sub>2</sub> 50%)		endovena	orale I.M Inalaz.
Tipo di monitoraggio funzioni vitali (ECG, PA, Fc, SatO <sub>2</sub> ).....	NO	SI	..... incruento			
Specialista coinvolto .....	.....					

Mi è stato spiegato che la sedazione è sicura, ma che tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente risultare fatali.

Dichiaro di essere stato informato che le condizioni generali del paziente lo espongono alle seguenti complicanze aggiuntive:

Dichiaro inoltre di essere stato informato sulle prevedibili conseguenze della "non cura" e/o impossibilità di valutare correttamente la situazione clinica attuale e/o conseguente impossibilità di gestire il follow-up".

Accetto che il medico modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Osservazioni: .....

**Firma del/della Paziente:** .....

Per i minori: Madre ..... Padre .....  
 (nome, cognome e firma) (nome, cognome e firma)

Eventuale Tutore/Amministratore di sostegno: .....  
 (nome, cognome e firma)

Eventuale Interprete: .....  
 (nome, cognome e firma)

Data del consenso  del rifiuto  ...../...../..... Firma e matricola del medico .....