

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA SEDAZIONE COSCIENTE

Luogo e Data _____

Sig./ra _____

Gentile Paziente,

in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente nel corso delle visite precedenti, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione:

La **sedazione cosciente** è una pratica anestesilogica che consente di rendere il **paziente semi dormiente, ma cosciente**, attraverso la somministrazione, per via endovenosa, del farmaco Midazolam. Si tratta di uno stato indotto farmacologicamente che elimina l'ansia, l'agitazione psicomotoria, lo squilibrio emotivo e il dolore causato da procedure invasive. L'ansia e la soglia del dolore sono soggettive; è impossibile, pertanto, prevedere a priori il livello di sedazione ottimale per ciascun paziente (ciò può portare a livelli di sedazione più profondi rispetto a quelli preventivati).

Benefici:

In generale, i benefici della sedazione cosciente sono associati alla volontà di ridurre notevolmente il disagio per il paziente e rendere più tollerabile l'indagine diagnostica o la procedura terapeutica.

Rischi e Complicanze:

La sedazione cosciente associata ad analgesia può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da complicanze quali:

- Isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche;
- Problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco;
- Depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco;
- Dolore nel punto di iniezione e tromboflebiti

Il paziente dovrà astenersi dalla guida di autoveicoli e dall'impiego di macchinari potenzialmente pericolosi, nonché dall'eseguire lavori impegnativi nelle 24 ore successive alla sedazione e potrà lasciare la struttura solo se accompagnato.

Alternative:

L'unica alternativa possibile è quella di eseguire l'indagine diagnostica o la procedura terapeutica senza alcuna sedazione o con anestesia topica.

Osservazioni di rilievo nel caso specifico:

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

- di aver ricevuto in consegna e di aver preso visione della presente dichiarazione, integrativa della comunicazione verbale, al fine di poterla esaminare e/o farla analizzare anche da persone di mia fiducia;
- di aver avuto la possibilità di richiedere tutte le spiegazioni ritenute utili, ottenendo risposte chiare e soddisfacenti dai sanitari;
- di aver letto integralmente e con attenzione la presente dichiarazione e informativa e di aver pienamente compreso i concetti relativi alla sedazione cosciente in generale e al mio specifico caso clinico;
- di aver ottenuto dal medico/odontoiatra tutte le spiegazioni in ordine alle caratteristiche, modalità, e finalità della sedazione cosciente e di aver pienamente compreso anche i rischi e le complicanze della suddetta pratica;
- di essere ben consapevole che qualunque atto medico e chirurgico può comportare rischi e complicanze non sempre prevedibili né prevenibili.

Presto, pertanto, il mio consenso alla terapia che mi è stata descritta e prospettata con il presente consenso informato.

Reggio Emilia, _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Firma odontoiatra
