



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA  
VERONA**



(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

**CONSENSO INFORMATO ALLA PARTOANALGESIA E AUTOVALUTAZIONE**

**STAMPARE-INVIARE FOTO a *peridurale.verona@aovr.veneto.it* e **PORTARE IN SALA PARTO****

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data presunta del parto \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_

**AUTOVALUTAZIONE: RISPONDERE SI/NO-se risponde SI, indichi da quali malattia è affetta**

<b>CARDIOPATIE CONGENITE E ACQUISITE che comportano affaticamento, tachicardia, dispnea ed angina :</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
cardiopatie congenite cianotiche non operate o palliate o con difetti residui, cardiopatie congenite cianotiche con shunt sinistro-destro importante, coartazione aortica non operata, stenosi mitralica e aortica lieve-moderata, protesi valvolari meccaniche, stenosi polmonare grave, stenosi aortica grave, ipertensione polmonare grave, sindrome di Marfan con interessamento della radice aortica o valvolare maggiore, cardiomiopatia peripartum con disfunzione ventricolare residua		
<b>PATOLOGIE RESPIRATORIE RESTRITTIVE E OSTRUTTIVE che comportano affaticamento, dispnea, necessità di O<sub>2</sub> terapia :</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
asma bronchiale non/poco responsivo alla terapia, fibrosi cistica		
<b>MALATTIE DELLA COAGULAZIONE E DELLA AGGREGAZIONE PIASTRINICA CON TENDENZA ALL'EMORRAGIA :</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
congenite (es. malattia di Von Willebrandt, emofilia), acquisite (es. piastrinopenie autoimmuni), da farmaci (es. terapia anticoagulante con warfarin), da epatopatie (es. virali, esotossiche, gravidiche)		
<b>MALATTIE NEUROLOGICHE e NEUROMUSCOLARI :</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), esiti di poliomielite o meningoencefaliti, spina bifida, distrofie muscolari, miastenia gravis, miopatie, miotonie, esiti di lesioni midollari		
<b>MALFORMAZIONI DELLA COLONNA VERTEBRALE :</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
cifoscoliosi grave, esiti di laminectomia o di discectomia, stabilizzazione della colonna		
<b>OBESITA' (BMI &gt; 40) peso prima della gravidanza kg ____ altezza in cm ____</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>

Ho visionato attentamente il videocorso "Partoanalgesia" disponibile sul sito [www.ospedaleuniverona.it](http://www.ospedaleuniverona.it), ho compreso come viene effettuata la partoanalgesia e le complicanze possibili

**richiedo e accetto** di essere sottoposta alla procedura di partoanalgesia neuroassiale

Verona, Firma della donna \_\_\_\_\_

<p><b>Da compilare in Sala Parto prima dell'esecuzione della procedura</b></p> <p>Io sottoscritta riconfermo il mio consenso all'esecuzione della partoanalgesia neuroassiale</p> <p>Verona, Firma della donna _____</p> <p>Firma dell'Anestesista _____</p>
--