

INFORMAZIONI SULL'ANESTESIA

Questo documento è per la Sua informazione.

Gentile Signora,
Egregio Signore,

affinché l'intervento chirurgico programmato possa essere eseguito correttamente e senza che Lei avverta dolore, è prevista la somministrazione di un'anestesia. La scelta del tipo di anestesia dipende dal tipo d'intervento, dalle Sue condizioni generali di salute e dalle Sue preferenze. Il Suo medico anestesista La informerà sullo svolgimento dell'anestesia e discuterà con Lei il tipo di anestesia a cui sarà sottoposta/o.

Per eliminare il dolore sono disponibili due tecniche di anestesia:

- **Anestesia generale:** con questo tipo di anestesia si induce l'incoscienza del paziente e si elimina quindi la sensibilità al dolore per mezzo di diversi farmaci. Nella maggior parte dei casi si applica una respirazione artificiale, di cui Lei comunque non si accorgerà.
- **Anestesia regionale:** esiste la possibilità di anestetizzare una parte o una regione del corpo mediante un'anestesia regionale usando farmaci che sono paragonabili a quelli usati dai dentisti. Con questa tecnica la sensibilità (per es. alla temperatura, al contatto e naturalmente al dolore) sarà rapidamente eliminata e in genere anche la forza muscolare sarà ridotta o eliminata. La durata dell'anestesia dipende dal farmaco utilizzato, ma spesso l'effetto passa dopo 2-6 ore. Dopo di che la sensibilità e la forza muscolare si recuperano lentamente. L'anestesia spinale o epidurale blocca i nervi che partono dal midollo spinale, ma *non si esegue nel midollo spinale*. Durante l'intervento chirurgico Lei è sveglia/o, può ascoltare della musica o, se preferisce, dormire un po'. In una piccola percentuale di pazienti, l'anestesia regionale non è molto efficace, per cui si deve fare ricorso all'anestesia generale.

Le procedure di anestesia moderna sono molto sicure e hanno un rischio estremamente basso.

Durante l'anestesia e l'operazione tutte le funzioni vitali dell'organismo - per esempio l'attività cardiaca e la funzione circolatoria e respiratoria - sono monitorate molto attentamente. Pertanto, il verificarsi di complicanze serie dovute a un'anestesia è molto raro. Tuttavia, sono possibili infezioni o danni neurologici attribuibili a un'anestesia regionale o a decubiti dovuti al posizionamento del paziente. Non si assume alcuna responsabilità per lesioni ai denti.

Altri rischi possono derivare da procedure particolari, quali l'inserimento di un catetere urinario, di determinati cateteri vascolari (catetere venoso centrale, catetere arterioso) o di trasfusione di sangue o di componenti del sangue. Tuttavia, anche le complicanze causate da queste procedure sono rare.

L'adozione di misure atte a limitare la perdita di sangue può ridurre notevolmente la necessità di trasfusioni.

I disturbi che possono comparire in seguito all'anestesia, ma che sono di breve durata, includono raucedine, difficoltà di deglutire, nausea e vomito (soprattutto dopo un'anestesia generale) o difficoltà di urinare e mal di testa (soprattutto dopo un'anestesia regionale). In questi casi si procederà al trattamento per Lei più indicato.

Per il nostro corpo, il dolore rappresenta uno "stress" e oltre a causare malessere e sofferenza, comporta anche uno sforzo per cuore, polmoni, circolazione e metabolismo. Un trattamento tempestivo del dolore riduce questo stress rapidamente. Quindi, se avverte dolore, informi subito l'infermiera!

Per la Sua sicurezza contiamo sulla Sua collaborazione!

Al fine di saperne di più sul Suo stato di salute e sulle malattie di cui ha sofferto in passato, La preghiamo di compilare il questionario sottostante, rispondendo alle domande in modo accurato e sincero. Sulla base di questi dati e degli altri risultati degli esami Le consiglieremo il tipo di anestesia più indicato.

Tenga presente quanto segue:

1. Per ridurre il rischio di vomito e aspirazione polmonare durante l'intervento, La preghiamo di rimanere a digiuno, cioè di non mangiare e non fumare, a partire da **6 ore prima dell'intervento programmato** (per l'intervento di cataratta da 4 ore prima). È possibile bere piccole quantità di liquido trasparente e caffè nero fino a **2 ore prima dell'intervento**.

Per i bambini valgono particolari disposizioni: per informazioni può rivolgersi al medico che ha richiesto il ricovero o al medico di servizio in anestesia (tel. 041 784 03 33).

2. Informi il medico anestesista in caso di malattie febbrili improvvise come raffreddore, tosse, mal di gola ecc.
3. Informi il medico anestesista se ha protesi dentarie o denti instabili o compromessi. Le protesi dentarie devono essere tolte solamente in caso di anestesia generale.
4. In seguito a **intervento ambulatoriale** Lei dovrà rimanere in osservazione in ospedale per circa 2-6 ore. Le consigliamo di farsi accompagnare a casa da un familiare oppure di tornare in taxi. Ci indichi chi La potrà assistere a casa. Oltre agli effetti tardivi dell'anestesia, è ridotta anche la Sua capacità di reazione: quindi non guidi, non utilizzi macchinari e non beva alcool.
5. Diversi farmaci contenenti **acido acetilsalicilico** (Aspirina, Alka-C, Aspro, Alka-Seltzer, Plavix, Treupel, Tegal o Contraschmerz) aumentano il rischio di emorragia. Questi farmaci devono essere sospesi temporaneamente prima dell'intervento programmato. Consulti il Suo **medico curante**.

In alternativa, in caso di dolore o accessi febbrili può assumere farmaci **a base di paracetamolo** (Benuron, Dafalgan, Panadol, Acetalgin) e in caso di mal di testa Tonopan.

Il medico di servizio in anestesia (tel. 041 784 03 33) è a Sua disposizione per eventuali domande e/o dubbi.

Stacchi pure questa pagina se desidera conservare queste informazioni.



BC_e-2 OP – Einwilligung

QUESTIONARIO PER LA/IL PAZIENTE

La preghiamo di compilare questo documento e consegnarcelo/spedircelo.

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Peso: _____ Altezza: _____

Intervento: _____ Data: _____

1. È in cura da un medico? sì no
Se sì, per quale malattia? _____

2. Ha già subito un intervento? Quale intervento e quando? sì no
a) _____
b) _____
c) _____

3. Vi sono stati eventi particolari riguardanti l'intervento o l'anestesia? sì no

4. Vi sono stati nella Sua famiglia casi di complicanze attribuite all'anestesia? sì no

5. Ha già avuto una trasfusione di sangue? sì no
Vi sono state complicazioni? Se sì, quali? _____ sì no

6. Quali farmaci assume?

7. Ha allergie a farmaci, cerotti, alimenti? sì no
Quali? _____

Soffre di raffreddore da fieno? sì no

8. È in corso una gravidanza? sì no

9. È portatore di sostituti dentali (protesi con perno moncone, corone in ceramica, ponti, protesi mobili)? sì no

Ha denti instabili? sì no

10. È fumatore abituale? sì no

Se sì: numero di sigarette al giorno: _____

11. Fa uso regolare di alcolici? sì no

12. Assume droghe? Sonniferi? Antidolorifici? sì no
Quali? _____

13. È portatore di apparecchi acustici? sì no

Soffre di una delle seguenti malattie? (Sottolinei le risposte giuste)

14. Malattie cardiache (per es. infarto, angina pectoris, vizio cardiaco, mancanza di respiro quando sale le scale, miocardite, aritmia cardiaca)? sì no

... Continuazione

15. Malattie circolatorie e vascolari (per es. pressione arteriosa troppo alta o troppo bassa, insufficienza circolatoria, trombosi, varici)? sì no
16. Malattie polmonari, asma, bronchite, tosse, sindrome dell'apnea notturna? sì no
17. Malattie dei reni, infiammazioni croniche dei reni e della vescica? sì no
18. Malattie del fegato (per es. itterizia, cirrosi) sì no
19. Malattie dell'apparato gastro-intestinale, ulcera, reflusso gastro-esofageo, vomito frequente? sì no
20. Malattie metaboliche (per es. diabete, intolleranza glucidica)? sì no
21. Malattie della ghiandola tiroide (per es. iper- o ipotiroidismo, gozzo)? sì no
22. Malattie psichiche o nervose, depressione, epilessia, paralisi? sì no
23. Ha spesso mal di testa, emicrania o mal di schiena? sì no
24. Malattie del sangue o della coagulazione (per es. tendenza alla formazione di ematomi, emorragia dopo trattamenti odontoiatrici o precedenti interventi)? sì no
25. Malattie muscolari o debolezza muscolare? sì no
Vi sono casi di malattie muscolari o di debolezza muscolare nella Sua famiglia? sì no
26. Altre malattie non citate? sì no
Quali? _____

Domande sullo stato di salute

27. È in grado di svolgere attività sportive leggere (bicicletta, escursioni)? sì no
28. Riesce a salire 1-2 piani di scale? sì no
29. È in grado di svolgere lavori di casa leggeri? sì no
30. Soffre regolarmente di difficoltà respiratorie?
Se sì, durante quale attività? sì no
31. Soffre regolarmente di disturbi di cuore? sì no

Dichiarazione di consenso

Ho avuto modo di parlare della procedura anestetica e dei rischi associati con il medico anestesista e acconsento alla somministrazione dell'anestesia.

Data: _____ Firma _____

Dichiarazione del paziente in data _____

Firma del medico anestesista _____