



Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia-Ginecologia	Revisione: 00
Titolo documento: Procedura Gestione Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 1 di 8
Firma per redazione: Perego Beatrice Roberta Amadori Enrico Finale	Firma per approvazione: Alberto Arnulfo	Firma Gruppo di Verifica e Validazione: Margherita Bianchi
Firma per validazione Direzione Generale Antonino Trimarchi		

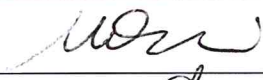

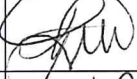
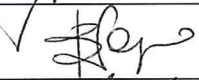
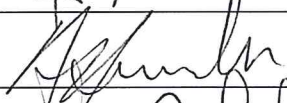
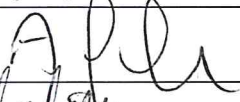
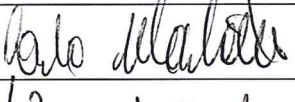
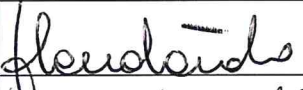
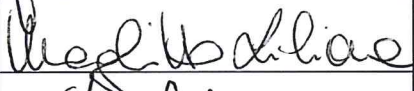
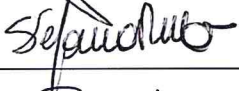
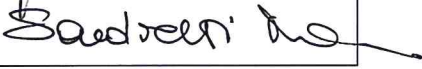
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PROLASSO DI FUNICOLO

INDICE:

GRUPPO DI LAVORO	2
LEGENDA E DEFINIZIONI	2
PREMESSA	3
SCOPO ED OBIETTIVI	3
CAMPO DI APPLICAZIONE	3
RESPONSABILITÀ	4
MODALITA' OPERATIVE	4
Diagnosi di prolasso di funicolo	4
Trattamento: TC in emergenza	5
ALLEGATI	8
INDICATORI	8
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	8

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00	
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 2 di 8	

GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Bianchi Margherita	Dirigente Medico Responsabile Qualità e Rischio	
Finale Enrico	Ostetrico SOC Ostetricia Ginecologia	
Amadori Roberta	Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	
Perego Beatrice	Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	
Arnulfo Alberto	Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	
Guala Andrea	Direttore Dipartimento Materno-Infantile	
Maestroni Carlo	Direttore SOC Anestesia e Rianimazione	
Laudando Franca	Coordinatore SOC Ostetricia Ginecologia	
Maglitti Liliana	Responsabile SITRPO Verbania	
Russo Stefania	Responsabile Sale operatorie Verbania	
Sandretti Tiziana	Responsabile Sale operatorie Domodossola	

LEGENDA E DEFINIZIONI

- EG: Epoca gestazionale
- FCF: Frequenza Cardiaca Fetale
- OSS: Operatore Socio Sanitario
- TC: Taglio Cesareo
- Prolasso di funicolo: è definito come l'anteposizione del funicolo alla parte presentata con membrane rotte. Si parla invece di procidenza quando il funicolo si antepone alla parte presentata con membrane integre. È possibile inoltre identificare altre forme di patologia funicolare di posizione, come ad esempio il prolasso occulto di funicolo, cioè quando il funicolo si trova interposto lateralmente tra la parte presentata e la pelvi materna, oppure l'associazione di cordone, che si configura quando una o più anse del cordone si impegnano in concomitanza con la parte presentata senza anteporsi a questa.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00	
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 3 di 8	

PREMESSA

Il prolasso di funicolo ha una prevalenza che va dallo 0,1 allo 0,6%, può aumentare fino all'1% in caso di presentazione podalica.

È un evento imprevisto e imprevedibile, tuttavia esistono alcuni fattori di rischio generali e altri iatrogeni.

FATTORI DI RISCHIO	
GENERALI	IATROGENI
<ul style="list-style-type: none"> - Multiparità - Basso peso del feto (<2500 g) - Situazioni oblique o trasverse o instabili - Presentazione podalica - EG < 37 settimane - Parto gemellare - Malformazioni fetali - Polidramnios - Placenta low lying 	<ul style="list-style-type: none"> - Rottura artificiale delle membrane (amniorexi) con parte presentata extrapelvica - Rivolgimento fetale (solo durante procedura) - Versione podalica interna - Induzione del travaglio - Manipolazione fetale per via vaginale

Tabella 1

Le principali complicanze sono a carico del feto, conseguenti alla compressione funicolare che impedisce i normali scambi gassosi tra il feto e la placenta. Ne consegue un grado di ipossia acuta che, se grave e persistente, evolve rapidamente verso l'acidosi metabolica con conseguente danno multiorgano (e in particolare cerebrale fino alla paralisi cerebrale) e in casi estremi alla morte endouterina del feto. Una buona prognosi fetale è direttamente proporzionale alla velocità di intervento.

SCOPO ED OBIETTIVI

Lo scopo di questa procedura è offrire a tutti gli operatori dell'equipe ostetrico-ginecologica (personale medico, infermieristico, ostetrico e OSS dell'unità operativa) un riferimento operativo per la diagnosi e la gestione dell'emergenza nelle pazienti con prolasso di funicolo.

Il presente documento è stato elaborato per uniformare i comportamenti di ginecologi, infermiere, ostetriche e OSS nell'assistenza alla paziente al fine di ridurre il rischio clinico per motivi organizzativi-gestionali.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica presso le sedi ASL della SOC Ostetricia Ginecologia ed in sala parto della SOC Ostetricia e Ginecologia dell'ASL VCO alle gravide con sospetto/prolasso di funicolo.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00	
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 4 di 8	

RESPONSABILITÀ

La responsabilità di applicazione della Procedura è dell'Ostetrica e dei Medici Specialisti per quanto di loro competenza.

La responsabilità di verifica di applicazione è dei direttori di SOC e di Dipartimento e della Coordinatrice ostetrico-infermieristica.

MODALITA' OPERATIVE

Diagnosi di prolasso di funicolo

La diagnosi può essere occasionale in corso di un'esplorazione vaginale o più frequentemente eseguita in seguito a gravi alterazioni della FCF.

Alla visita il funicolo solitamente è palpabile e viene avvertito come un cordone mobile, gelatinoso e pulsante; in rari casi il funicolo può protrudere dai genitali esterni della donna.

In alcuni casi, con un'esplorazione vaginale a membrane integre, è possibile sospettare una procidenza del funicolo, che può essere confermata ecograficamente con l'ausilio del Doppler visualizzando il funicolo innanzi alla parte presentata.

In considerazione dell'imprevedibilità dell'evento, è buona norma ascoltare attentamente il battito cardiaco fetale subito dopo la rottura delle membrane, sia essa spontanea o artificiale, in modo da identificare precocemente le alterazione della FCF, spesso primo segnale che deve far sospettare il prolasso di funicolo.

Va ricordato che esiste la possibilità di un "prolasso occulto di funicolo", spesso causa di decelerazioni variabili, in cui non è clinicamente evidenziabile la presenza del funicolo davanti alla parte presentata.

In caso di diagnosi di prolasso di funicolo in corso di visita ostetrica (Ostetrica/Medico Ginecologo) devono:

AZIONI	CHI: FUNZIONI/RUOLI
1. Allertare il medico di guardia ginecologo, l'anestesista di turno in guardia attiva (che avviserà infermiere di sala di turno in guardia attiva dalle ore 20,00 alle ore 08,00; dalle ore 08,00 alle ore 20,00 si farà riferimento al modello organizzativo del Blocco operatorio guardia attiva e/o pronta disponibilità) e contemporaneamente allertare l'equipe in reperibilità (anestesista e personale di sala)	Medico/Ostetrica/Infermiera
2. Allertare la Pediatria e l'assistenza neonatale su disposizione del ginecologo/ostetrica telefonando al n 3 (digitare tasto 3 su cordless sala parto tenendo premuto qualche secondo)	Infermiera/OSS
3. Monitorare il benessere fetale continuo attraverso cardiotocografia	Ostetrica

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 5 di 8

4. Preparare la paziente per taglio cesareo emergente	Ostetrica/ Infermiera/OSS
5. Incannulare una via venosa	Anestesista/ Ostetrica/ Infermiera

Tabella 2

Trattamento: TC in emergenza

Una volta posta la diagnosi, è bene evitare ulteriori esplorazioni vaginali in quanto la stimolazione tattile del cordone può essere causa di vasospasmo dei vasi funicolari peggiorando ulteriormente il quadro ipossico.

Il trattamento consiste in un taglio cesareo d'emergenza da eseguire entro 30 minuti.

Management assistenziale

AZIONI	CHI: FUNZIONI/RUOLI
1. Posizionare catetere vescicale di Foley con 500-750 ml di soluzione fisiologica: può respingere e sollevare la parte presentata, riducendo la compressione sul funicolo.	Ostetrica/ Infermiera
2. Somministrare ossigeno alle dosi indicate da medico e posizionare la donna in posizione di Trendelenburg (10-15°).	Infermiera
3. Somministrare farmaci tocolitici uterini endovena (su prescrizione medica)* sospendendo l'eventuale infusione ossitocica, con l'intento di ridurre l'attività contrattile uterina, riducendo così la pressione della parte presentata sul funicolo prolassato.	Ostetrica/Infermiera
4. Tentare di tenere respinta la parte presentata: l'operatore sale sulla barella insieme alla paziente e mediante esplorazione vaginale mantiene respinta la parte presentata in attesa che venga allestito il campo operatorio per taglio cesareo nel più breve tempo possibile.	Ostetrica

Tabella 3

* Atosiban 6,75 mg in bolo o Ritodrina 100 mg in 500 ml di soluzione fisiologica ad una velocità di infusione di 100 ml/h (in assenza di controindicazioni)

NB: L'anestesia generale versus locoregionale deve essere valutata dall'Anestesista di Guardia in base alla propria esperienza e rapidità di esecuzione.

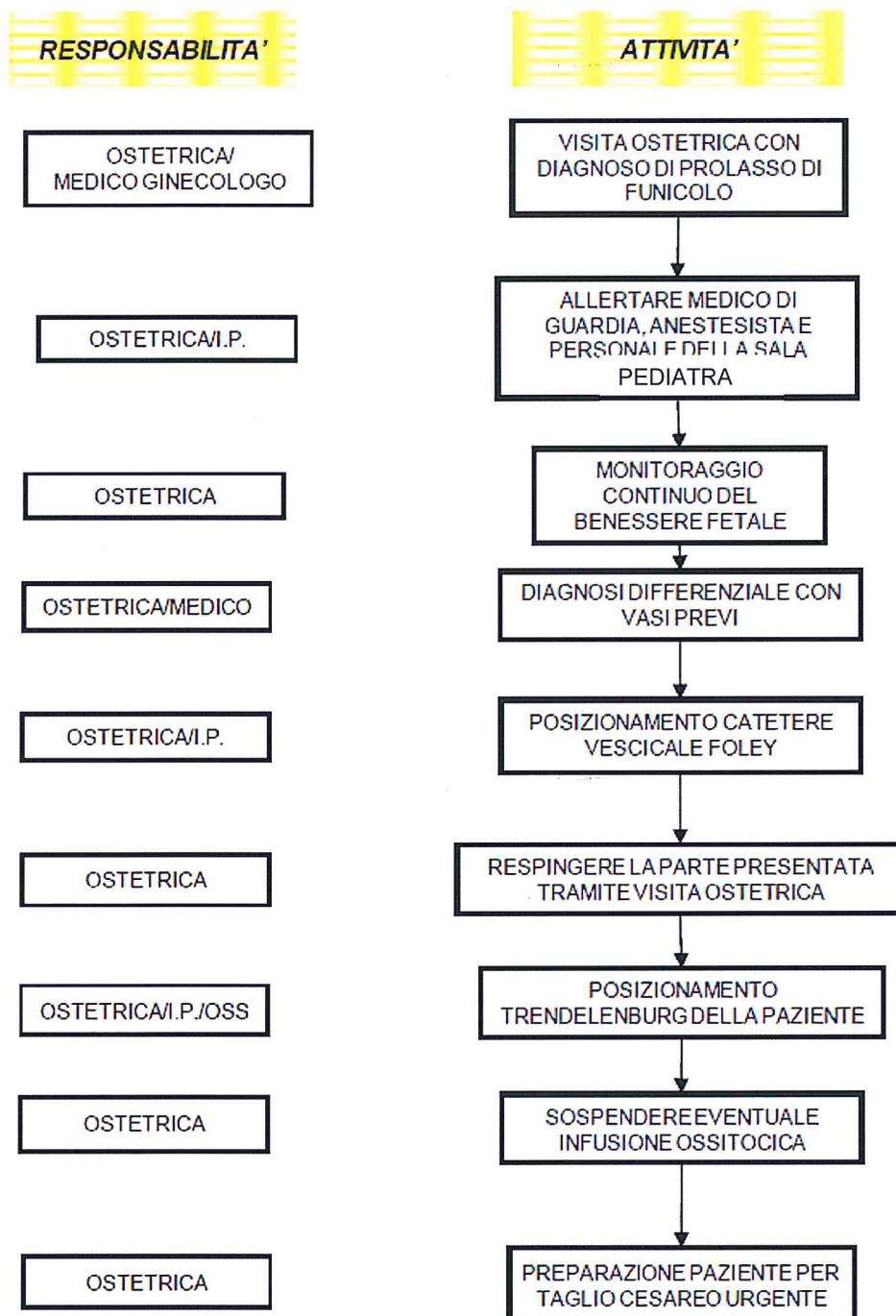
Il consenso preoperatorio al TC può anche essere solo verbale (emergenza in atto).

Durante TC gli operatori devono eseguire pH funicolare.

Raramente si può prendere in considerazione la prosecuzione del travaglio (ad es. dilatazione completa in multipara) e in questo caso la FCF deve essere monitorata costantemente.

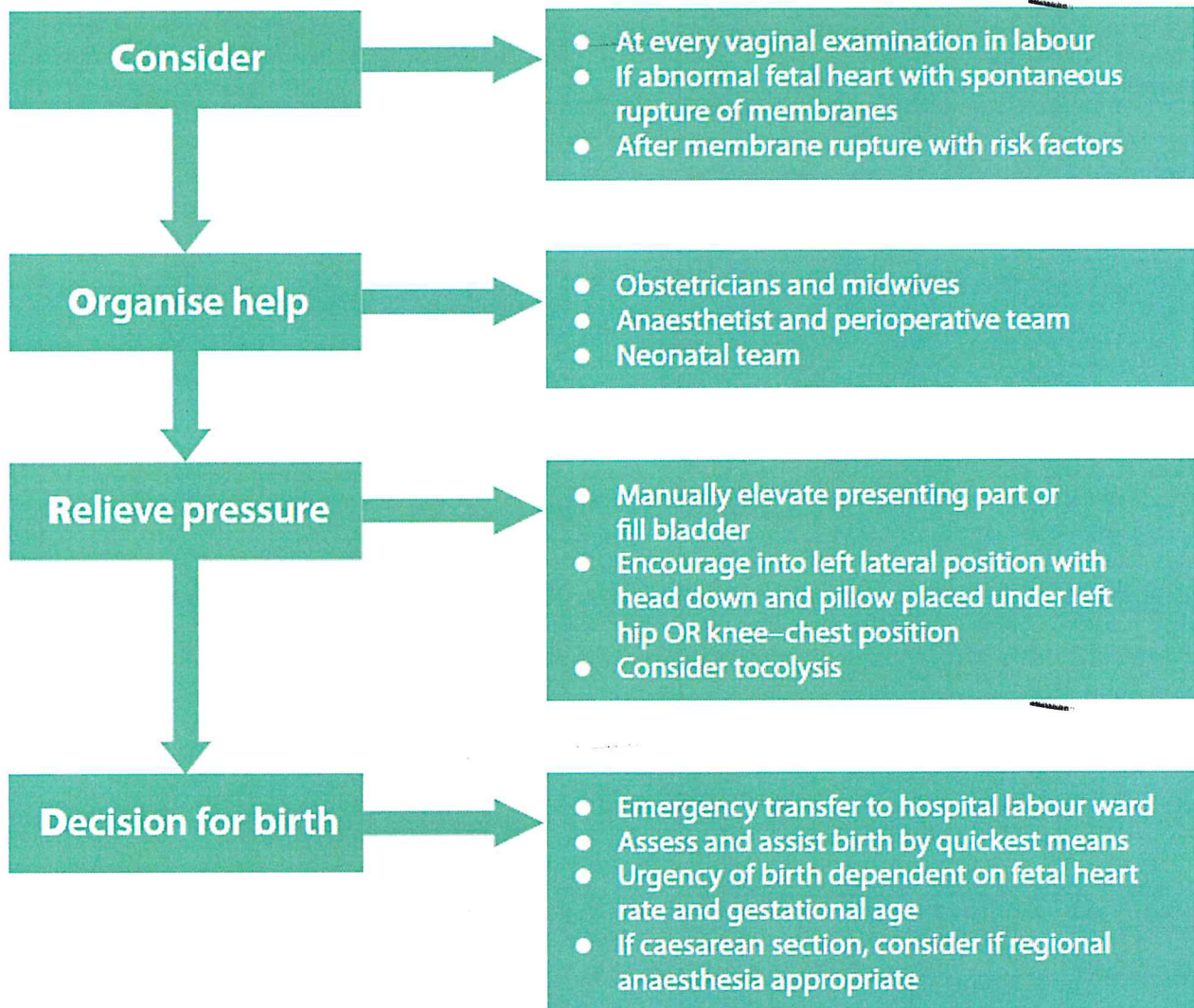
Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 6 di 8

Di seguito la flow chart:



Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00	
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 7 di 8	

- **Acronimo CORD** (RCOG, Umbilical Cord Prolapse (Green-top Guideline No. 50))



Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 15	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC Ostetricia-Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC	Revisione: 00	
Titolo documento: Procedura Gestione del Prolasso di funicolo	Emesso il: 09/01/2017	Pagina 8 di 8	

ALLEGATI

- Informativa per il Consenso informato al TC

INDICATORI

- N° casi con prolasso di cordone trattati secondo procedura/N° totale casi con prolasso di cordone.

L'indicatore è monitorato annualmente con audit del caso clinico (Cartella Clinica Elettronica) coordinato dal Responsabile Qualità e Rischio della SOC Ostetricia e Ginecologia in collaborazione con la Responsabile Sitrpo dell'Ospedale di Verbania e la Responsabile Qualità Aziendale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni n: Ginecologia e Ostetricia. SEU Ed. Roma, 2009
- Grella PV, Massobrio M., Pecorelli S., Zichella L.: Compendio di Ginecologia e Ostetricia. Monduzzi Ed. Bologna, 2006
- RCOG, Umbilical Cord Prolapse (Green-top Guideline No. 50) 2014
- Cohain JS. Amniotomy and cord prolapse. Midwifery Today Int Midwife. 2013 Winter;(108):32-3. PMID:24511837
- Holbrook BD1, Phelan ST. Umbilical cord prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am. 2013 Mar;40(1):1-14. doi: 10.1016/j.ogc.2012.11.002.



Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: Allegato	Codice: ALL01 OGI-17	
Redatta da: Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 01	09/01/2017
Titolo documento: Informativa per il Consenso Informato al Taglio Cesareo (TC)	Emesso il: 28/07/2014	Pagina 1 di 6	
Firma per redazione Beatrice Perego	Firma per approvazione Alberto Arnulfo	Firma Coordinatore Franca Laudando	

INFORMATIVA PER IL CONSENSO INFORMATO ALL' INTERVENTO DI TAGLIO CESAREO

INFORMATIVA PER CONSENSO INFORMATO

Lo scopo del presente documento è quello di informarLa sul rischio-beneficio relativo alla procedura cui le è stato proposto di sottoporsi per conoscere/curare la causa della sua malattia e decidere conseguentemente il relativo trattamento. E' importante leggere con attenzione la presente informativa ed esporre qualsiasi domanda relativa alla procedura.

Ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessata dopo adeguata informazione. Le chiediamo quindi di leggere e sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo tra noi intercorso.

INFORMATIVA SULLA DIAGNOSI

I motivi principali che inducono ad un taglio cesareo elettivo (programmato) sono costituiti dai rischi più elevati che interverrebbero per la madre o per il bambino se il parto fosse espletato per via naturale. Il taglio cesareo può essere espletato anche in condizioni di urgenza / emergenza.

Ad esempio:

- macrosomia fetale o sproporzione feto-pelvica, ovvero l'impossibilità del bambino di passare attraverso il canale del parto (bacino materno) o arresto della progressione del bambino nel canale del parto durante il travaglio
- presentazione anomala del bambino
- presentazione anomala della placenta (placenta previa)
- sofferenza fetale che impedisce o impedirebbe al feto di sopportare lo stress del parto naturale o in corso di travaglio di parto stesso o alterazioni cardiotocografiche
- sanguinamenti anomali da distacco di placenta

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL01 OGI-17	
Redatta da: Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 01	09/01/2017
Titolo documento: Informativa per il Consenso Informato al Taglio Cesareo (TC)		Emesso il: 28/07/2014	
Pagina 2 di 6			

- fallimento di induzione di parto
- prematurità
- particolari infezioni genitali materne o corioamniosite che rende necessario un espletamento immediato del parto
- malattie materne che controindicano lo stress del parto o che rendono necessario comunque un taglio cesareo
- situazione pelvica sfavorevole in caso di pregresso intervento chirurgico sull'utero (pregresso taglio cesareo, miomectomie, altra chirurgia)

Nel suo caso il taglio cesareo è stato stabilito per:

.....

dal Dr.

TIPOLOGIA DEL TRATTAMENTO

Definizione:

per taglio cesareo si intende l'espletamento del parto per via addominale mediante un'incisione addominale trasversale bassa o longitudinale sull'addome materno e sull'utero per estrarre il feto.

SCOPO DEL TRATTAMENTO

Espletamento del parto.

RISCHI/INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI

Nessun intervento chirurgico può essere considerato privo di rischio.

Anche impiegando il massimo di diligenza, perizia e prudenza, in alcuni casi sono possibili complicazioni che per lo più vengono riconosciute e corrette alle prime manifestazioni. Le complicazioni più frequenti sono:

- Emorragie che possono necessitare di trasfusione di sangue o emoderivati e, in rari casi, di asportazione dell'utero
- Lesioni agli organi vicini (vescica, ureteri, intestino) che possono portare a problemi nello svuotamento intestinale e vescicale e la cui riparazione in rari casi può richiedere un re-intervento successivo. Il rischio è più elevato in caso di rapporti anatomici alterati (per esempio obesità, pregressi interventi, aderenze, endometriosi)
- Lesioni della pelle da contatto con sostanze allergiche o correnti elettriche
- Possibilità di piccole lesioni cutanee da taglio al bambino, che per lo più non necessitano di terapia dopo l'intervento

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL01 OGI-17	
Redatta da: Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 01	09/01/2017
Titolo documento: Informativa per il Consenso Informato al Taglio Cesareo (TC)		Emesso il: 28/07/2014	
Pagina 3 di 6			

- Alterazioni della funzione vescicale, che si risolve in alcuni giorni
- Emorragie tardive che possono comparire anche parecchi giorni dopo l'intervento e necessitare di un altro intervento o cure particolari
- Reazione allergica a farmaci che per lo più hanno effetti limitati e transitori, ma che in rari casi possono avere una evoluzione grave
- Infezioni (vescicali, uterine, polmonari) che sono per lo più ben controllabili con terapia medica, ma che in rari casi possono indurre ad un re-intervento con possibilità di asportazione dell'utero
- Infezioni delle suture con possibilità di guarigione rallentata o formazione di ascessi o fistole che in rari casi possono necessitare di un successivo intervento riparativo
- Deiscenza (apertura) della sutura e alterazioni della cicatrizzazione
- Raramente formazione di trombi con conseguenti trombosi di organi che possono anche essere mortali
- Occlusione intestinale dovuta per lo più ad aderenze (cicatrici interne) che può essere trattata con terapia medica o necessitare di un re-intervento.

Preliminari all'intervento:

- Applicazione di catetere vescicale
- Eventuale somministrazione di profilassi antibiotica ed antitrombotica
- Anestesia loco-regionale o generale secondo parere anestesiologicalo

Dopo l'intervento:

- Solitamente ci può alzare dopo poche ore dall'intervento
- In caso di anestesia loco-regionale può attaccare il neonato al seno appena rientrata in reparto dalla sala operatoria
- Il dolore postoperatorio, se presente, viene mitigato dall'impiego di analgesici
- Di norma è mantenuto il catetere vescicale fino al giorno successivo
- Si può bere, in caso di anestesia loco-regionale, subito
- Si può mangiare il giorno dopo l'intervento o dopo 6 ore, a seconda del tipo di anestesia
- La degenza in ospedale varia di norma da 3 a 5 giorni
- A casa è utile avere una persona in aiuto per alcuni giorni

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL01 OGI-17	
Redatta da: Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 01	09/01/2017
Titolo documento: Informativa per il Consenso Informato al Taglio Cesareo (TC)		Emesso il: 28/07/2014	
Pagina 4 di 6			

- Al momento della dimissione sono rilasciate dal medico la lettera di dimissione e le ricette per eventuali farmaci da proseguire a domicilio

Controlli: Se non specificato diversamente dal medico alla dimissione, è utile una visita di controllo dopo 4 settimane.

BENEFICI PREVISTI

Riduzione del rischio per la madre e/o per il bambino se il parto fosse espletato per via naturale rispetto alla condizione clinica valutata.

INDICAZIONE DI CICATRICI RESIDUALI ALL'INTERVENTO/TRATTAMENTO

Presenza di cicatrice addominale trasversale o longitudinale e possibile formazione di cheloidi.

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

Aumento del rischio per la madre e/o per il bambino se il parto fosse espletato per via naturale rispetto alla condizione clinica valutata.

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

Durata media della procedura chirurgica: 30 minuti - 1 ora (se non complicanze)

Durata media della degenza ospedaliera: 4-5 giorni (se non complicanze)

INFORMATIVA SUL RISCHIO INFETTIVO

Prevista profilassi antibiotica come da protocollo aziendale.

MODALITÀ DI INTERVENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

Intervento chirurgico:

- Incisione trasversale o longitudinale sull'addome
- Incisione sull'utero
- Estrazione del feto e della placenta
- Sutura dell'utero
- Sutura pareti addominali
- Sutura della cute addominale

Anche in caso di intervento programmato è difficile prevedere con esattezza tutta la strategia operatoria. È possibile che in corso di intervento il chirurgo ritenga opportuno o necessario modificare il programma previsto, sia per difficoltà impreviste, sia per la comparsa di nuovi elementi diagnostici che fanno riconoscere una condizione diversa da quanto si pensasse.

In merito a questa evenienza La preghiamo di leggere e sottoscrivere quanto a Lei più conveniente:

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL01_OGI-17	
Redatta da: Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 01	09/01/2017
Titolo documento: Informativa per il Consenso Informato al Taglio Cesareo (TC)		Emesso il: 28/07/2014	
Pagina 5 di 6			

a) Accetto le decisioni che prenderà il chirurgo in corso di intervento e do il mio consenso preventivo a quanto deciderà di fare, compreso le possibili modifiche della strategia operatoria

Firma

b) Do il mio consenso solo a quanto previsto e accetto l'eventualità di modificare il tipo di intervento purché le decisioni vengano prese, mentre sono in anestesia generale, con la persona che qui delego a rappresentarmi

Nome delegato Firma

c) Rifiuto qualsiasi variante all'intervento anche se risultasse necessaria

Firma

In merito alla trasfusione di sangue (crociare la decisione):

i) Autorizzo la trasfusione solo se strettamente necessaria

ii) Non autorizzo la trasfusione

Firma

Per quanto riguarda eventuali destinatari di informazioni sul Suo stato di salute, a chi è possibile dare informazioni, oltre a Lei?

a) Nessuno

b)

Annotazioni e richieste della paziente

.....
.....

Annotazioni e richieste del medico

.....
.....

La mia firma attesta che:

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL01 OGI-17	
Redatta da: Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 01	09/01/2017
Titolo documento: Informativa per il Consenso Informato al Taglio Cesareo (TC)		Emesso il: 28/07/2014	
Pagina 6 di 6			

- Ho letto e compreso questo consenso
- Mi è stato spiegato in modo esauriente l'intervento previsto, compresi i possibili rischi
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo avere con ampia opportunità di porre domande
- Ho capito i rischi potenziali e sono d'accordo con quanto verrà effettuato
- Ho ricevuto copia di questo consenso identica alla presente
- Do qui la mia autorizzazione e consenso ad essere sottoposta all'intervento

Data,

Firma della paziente

Firma del medico

Firma del testimone

Firma del tutore

Data.....

Firma del Paziente.....

Firma del Medico.....