

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA

Io sottoscritto/a, (nome del paziente in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

sono stato informato\o dal mio Medico di Medicina Generale, il Dr. _____, che il farmaco _____, consigliatomi per il trattamento dell'**Infezione da Covid-19**, viene impiegato per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (*off-label*). Poiché vi sono delle evidenze scientifiche che lo fanno ritenere idoneo e necessario alla mia condizione clinica, **il mio Medico di Medicina Generale** ritiene utile trattarmi con tale farmaco e si assume la responsabilità della terapia.

Mi sono state fornite notizie comprensibili sull'azione del farmaco, sui suoi possibili effetti collaterali, nonché sulla necessità di controlli clinici e di laboratorio necessari per monitorarli.

Avendo ricevuto le informazioni di cui sopra, acconsento volontariamente ad assumere tale terapia.

Qualora avessi necessità di ulteriori informazioni riguardanti il farmaco, o in caso di necessità, potrò contattare **il mio Medico di Famiglia** il Dr. _____

_____ in data ____/____/_____
(luogo)

(firma del paziente / legale rappresentante / tutore)

(nome del Medico in stampatello)

(Timbro e firma del Medico di Medicina Generale)