

## CONSENSO INFORMATO (Legge 648/96)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in merito alla prescrizione del prof./dr. \_\_\_\_\_ del farmaco

per la seguente patologia \_\_\_\_\_

dichiara di:

1. essere stato informato dal suddetto medico che il farmaco in oggetto non è registrato in Italia per l'uso nella patologia per la quale è stato prescritto ma per altre patologie.
2. essere stato informato della mancata valutazione da parte del Ministero della Salute dei requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia del farmaco in oggetto per la patologia per la quale è stato prescritto.
3. essere stato informato che la legge 648/96 prevede la possibilità per il medico di prescrivere farmaci anche per indicazioni non registrate, sotto la responsabilità del medesimo che opera in base a scienza e coscienza.
4. essere stato adeguatamente informato che la prescrizione si basa su dati della letteratura scientifica nazionale ed internazionale e sull'esperienza personale dei medici dell'equipe che suggeriscono e documentano l'efficacia del farmaco prescritto nella patologia sopra menzionata.
5. essere stato informato dei possibili effetti collaterali e rischi della terapia col farmaco in oggetto e della eventuale necessità di eseguire esami periodici di controllo.
6. essere stato informato, se donna in età fertile, della necessità di mettere in atto tutti gli accorgimenti necessari per evitare una gravidanza durante il periodo del trattamento.
7. aver discusso col prof./dr. \_\_\_\_\_ sulle possibili alternative terapeutiche.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_