

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E FIRMA DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ dichiaro di aver ricevuto dal dottor _____ in data _____ spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di essere trattato con (**indicare solo il farmaco prescritto**):

- PF-07321332/ritonavir** (Paxlovid®, Pfizer)

oppure

- molnupiravir** (Lagevrio®, MSD)

a seguito di quanto appreso, **dichiaro**:

- di essere stato/a informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo approccio terapeutico sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto di aderire;
- che mi è stato fornito un riassunto delle informazioni relative alle caratteristiche della terapia, di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti;
- di essere al corrente che sono libero/a di rifiutarmi di proseguire la cura e che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento;
- che la mia adesione è completamente volontaria;

Avendo ricevuto le informazioni contenute in questo documento

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Nome e Cognome del Paziente _____

Firma del Paziente _____ data ____/____/____

Nome e Cognome del Medico _____

Firma del Medico _____ data ____/____/____