**MOD. A – CONSENSO INFORMATO PER LA TERAPIA CON PREPARATO GALENICO A**

**BASE DI *CANNABIS TERAPEUTICA***

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiaro** di essere stato correttamente informato dal Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in merito alla terapia

a cui verrò sottoposto/a, con particolare riferimento a:

* ***Principi attivi prescritti***
* ***Dosaggio***
* ***Modalità di somministrazione***
* ***Durata del trattamento***
* ***Implicazioni medico legali dovute all’assunzione di sostanze psicotrope durante l’utilizzo di macchinari (peresempio guida autovettura)***

ed ai potenziali effetti collaterali ed avversi, ed esprimo liberamente il mio consenso al trattamento.

La necessità di ricorrere alla specialità medicinale sopraindicata è dovuta alla mancanza di valida alternativa

terapeutica, avendo il sottoscritto praticato, senza benefici, le alternative disponibili in commercio sul territorio

nazionale.

Ricevo e sottoscrivo la dichiarazione di impegno ad aderire alle condizioni di cura.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Timbro e firma del medico prescrittore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito a cui fare riferimento in caso di emergenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_