

**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 _____