

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON FARMACI  
AUTORIZZATI PER USO COMPASSIONEVOL**

Il sottoscritto.....nato a.....residente in.....

INFORMATO dal Prof./Dr. ....della natura della malattia da cui è affetto  
(.....) e dei trattamenti terapeutici che si rendono necessari per  
migliorare o recuperare lo stato di salute;

GARANTITO dell'impegno da parte del medico ad informare il sottoscritto di eventuali nuovi dati relativi alla  
terapia e di fornire un recapito telefonico cui fare riferimento in caso di emergenza (n.  
telefono.....);

INFORMATO che il farmaco.....da utilizzarsi per la terapia.....alla  
dose....., per la durata di..... è un medicinale:

- Autorizzato alla commercializzazione all'estero
- Autorizzato in Italia per indicazione terapeutica diversa
- In sperimentazione

INFORMATO che:

- Vi è incompletezza dei dati relativi alla sicurezza ed efficacia del medicinale per l'indicazione  
terapeutica corrispondente alla patologia del paziente
- I potenziali benefici ed i rischi prevedibili sono.....
- Nella letteratura scientifica è documentato l'uso del farmaco per lo stesso scopo

Accetta di sottoporsi al trattamento sanitario propostogli

Dichiarante

.....