

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER IL/LA PAZIENTE

Dichiaro di essere stato informata/o del significato e dei risultati dei controlli sanitari cui sono stato sottoposto, ed inoltre di essere stato informata/o degli effetti farmacologici ed effetti collaterali delle terapie prescritte, in particolare per i seguenti farmaci specifici:

di cui ho ricevuto specifica scheda informativa per proprietà terapeutiche, precauzioni ed effetti collaterali

PERTANTO **ACCETTO** **NON ACCETTO**

IL PROGRAMMA FARMACOLOGICO PROPOSTOMI

Firma del Medico.....

Data.....

Firma del Paziente.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER L'AFFIDO FIDUCIARIO DELLA TERAPIA

Il/la sottoscritto/a ----- in qualità di -----
dichiaro di essere stato informato sia degli obiettivi che dei rischi connessi all'assunzione del farmaco.

Condividendo gli scopi accetta la terapia prescritta e solleva i Sanitari da ogni responsabilità riguardante possibili effetti negativi derivati dall'assunzione inadeguata del farmaco: dosaggi, modalità, associazioni voluttuarie.

Per **accettazione** **del** **paziente** **dell'affido** **a** **un** **terzo** **referente**

Firma del Medico.....

Firma dell'Affidatario.....

Programma terapeutico concordato

Dichiaro, altresì, di essere stato informata/o dagli operatori sulle caratteristiche, modalità e finalità nonché sul significato dei seguenti interventi propostimi

Controlli clinici periodici	<input type="checkbox"/>
Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/>
Controlli tossicologici	<input type="checkbox"/>
Controlli ematochimici	<input type="checkbox"/>
Day Service	<input type="checkbox"/>
Colloqui di sostegno e verifica	<input type="checkbox"/>
Valutazione psicodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>

Inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>
Gruppo familiare	<input type="checkbox"/>
Sostegno familiare	<input type="checkbox"/>
Trattamento residenziale	<input type="checkbox"/>

PERTANTO

ACCETTO

NON ACCETTO

IL PROGRAMMA TERAPEUTICO PROPOSTOMI

Note:

.....

.....

.....

.....

.....

data _____

Firma _____