

FACSIMILE CONSENSO INFORMATO TERAPIE OFF LABEL PER COVID-19

Generalità del paziente: _____

Nome e qualifica del medico prescrittore che si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia: _____

Recapito cui fare riferimento in caso di emergenza: _____

Nome del medicinale/i o specialità medicinale/i, modalità di somministrazione, dosaggio, durata del trattamento: _____

Contenuti dell'informativa:

-Trattasi di medicinale/i o specialità medicinale/i autorizzato/i in Italia per indicazione terapeutica diversa da quella per la cura da COVID-19;

-Incompletezza dei dati relativi alla sicurezza ed efficacia del medicinale per l'indicazione terapeutica corrispondente alla cura da COVID-19;

-Potenziali benefici ed i rischi prevedibili: _____

Data: _____

Firma Medico _____ Firma paziente o legale rappresentante _____