

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato il paziente/i genitori del paziente..... sulle sue condizioni cliniche/le condizioni cliniche del loro figlio..... sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua/loro comprensione, di aver risposto ad ogni domanda. Dichiaro, inoltre di prendere atto della sua/loro libera decisione di seguito espressa.

Data/...../.....

Firma del medico

FIRMA RELATIVA A INFORMAZIONI RICEVUTE

Io sottoscritto/Noi sottoscritti dichiaro/dichiariamo di aver ricevuto informazioni che mi/ci hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche/le condizioni cliniche di nostro figlio e di scegliere liberamente tra le varie opzioni disponibili, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me/da noi richiesti, quale prodotto utilizzare per la mia terapia sostitutiva/la terapia sostitutiva di nostro figlio....., affetto da emofilia..... nato a..... il.....

Data/...../.....

Firma del paziente

Firma dell'eventuale mediatore culturale

Firma dei genitori/tutore in caso di minore

Padre..... **nato a** **il**.....

FIRMA.....

Madre..... **nata a** **il**.....

FIRMA.....

Tutore..... **nato a** **il**.....

FIRMA.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Le/Vi viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il suo/vostro consenso a utilizzare per la sua terapia sostitutiva / per la terapia sostitutiva di suo figlio il prodotto della ditta di cui ha/avete ricevuto copia del Riassunto delle caratteristiche del prodotto.

Potrà/Potrete comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta/state esprimendo.

Io sottoscritto/noi sottoscritti, valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento con **INSERIRE NOME COMMERCIALE DEL PRODOTTO**

in Regime

Data/...../.....

Firma del paziente.....

Firma dei genitori/tutore in caso di minore

Padre..... nato a **il**.....

FIRMA.....

Madre..... nata a **il**.....

FIRMA.....

Tutore..... nato a **il**.....

FIRMA.....

REVOCA DEL CONSENSO:

Io sottoscritto/noi sottoscritti,, dopo essere stato informat/i sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze cui mi espongo/esponiamo nostro figlio nel caso in cui non venga eseguito, revoco/revochiamo il consenso precedentemente espresso.

Data/...../.....

Firma del paziente.....

Firma dei genitori/tutore in caso di minore

Padre..... nato a **il**.....

FIRMA.....

Madre..... nata a **il**.....

FIRMA.....

Tutore..... nato a **il**.....

FIRMA.....