

Timbro del MMG

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI

Io sottoscritto/a Nato/a a

Il sono stato informato dal Dr. Medico di Medicina Generale, che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto ad un trattamento terapeutico con emoderivati, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite ecc.) Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal MMG in ordine alle mie condizioni cliniche, ai rischi connessi alla terapia e a quelli che potrebbero derivare non sottoponendomi al trattamento. Quindi acconsento ad essere sottoposto al trattamento terapeutico necessario, per tutto il decorso della mia malattia.

Dati

Firma