

CONSENSO INFORMATO PER LA TERAPIA CON PREPARAZIONI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ telefono _____

dichiaro di essere stato correttamente informato dal Dr. _____

in merito al trattamento con Cannabis ad uso medico a cui verrò sottoposto/a, con particolare riferimento a:

- *Principi attivi prescritti*
- *Dosaggio*
- *Modalità di somministrazione*
- *Durata del trattamento*
- *Potenziati effetti collaterali ed avversi*

La necessità di ricorrere alla terapia con preparazioni magistrali a base di *Cannabis* è dovuta alla scarsa efficacia e/o tollerabilità dei trattamenti terapeutici standard ai quali il sottoscritto si è precedentemente sottoposto.

- Sono stato inoltre informato circa la necessità di sottopormi a visite ed esami di controllo periodici per consentire al medico prescrittore di verificare la sicurezza e il beneficio del trattamento.
- Sono consapevole che il medico prescrittore può decidere di interrompere il trattamento se ritiene che i rischi connessi al trattamento siano superiori ai benefici, in caso di comparsa di effetti indesiderati ritenuti clinicamente intollerabili, in caso di non adeguata risposta terapeutica.
- Sono consapevole che assumere Cannabis con sostanze ad azione sedativa e/o psicotropa può costituire un pericolo per la mia salute e mi impegno ad evitare la guida di veicoli o lo svolgimento di lavori che richiedono allerta mentale e coordinazione fisica per almeno 24 ore dopo l'ultima somministrazione di Cannabis per uso medico.

Ricevo ed esprimo liberamente il mio consapevole consenso al trattamento con preparazioni magistrali a base di *Cannabis*.

Data ___/___/___

Firma del paziente _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____