



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 1

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

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ residente a _____

in via _____ n. _____ n. telefono _____

dichiaro di essere stato correttamente informato dal Dott. _____

in merito al trattamento farmacologico a cui verrò sottoposto/a, con particolare riferimento a:

- Principi attivi prescritti;
- Dosaggio;
- Modalità di preparazione e somministrazione della terapia;
- Durata del trattamento;
- Implicazioni medico-legali dovuta all'assunzione di sostanze psicotrope;
- Potenziali effetti collaterali e avversi

Ed esprimo liberamente il consenso alla terapia con preparazioni magistrali a base di Cannabis.

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

Data _____

Firma del paziente _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____