

	MODELLO DI CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI ANTICORPO MONOCLONALE ANTI SARS-COV-2	Rev. 0.1 29 06 2021 Pag. 1 di 2
---	---	---------------------------------------

Il sottoscritto/a, in qualità di

Paziente : Nome e cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Rappresentante legale: amministratore di sostegno tutore/curatore

Nome e cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato

Genitori

I°Genitore : Nome e cognome _____ Data di nascita ____/____/____

II°Genitore : Nome e cognome _____ Data di nascita ____/____/____

Presenza di interprete : no si (nome e cognome) _____

Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente alla terapia con **anticorpi monoclonali anti SarS-CoV-2**

Dichiaro di essere stato/i informato/i dal dottor _____ (stampatello)

In modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

- le modalità di effettuazione
- le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio
- i potenziali rischi e le possibili complicanze intra- e post-trattamento immediate, a distanza e le modalità di risoluzione
- la possibilità di revocare il consenso in qualunque momento prima dell'inizio dell'infusione
- le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

alla somministrazione di:

casirivimab in associazione con imdevimab

bamlavinimab in associazione con etesemivab



**MODELLO DI CONSENSO INFORMATO
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI
ANTICORPO MONOCLONALE ANTI SARS-COV-2**

Rev. 0.1
29 06 2021
Pag. 1 di 2

AFFERMO:

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato, sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla somministrazione del farmaco, sia a quelli che potrebbero derivare in caso di rifiuto e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito
- di aver ricevuto materiale informativo,

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il /i medico/i e con l'informativa ricevuta

Data ____/____/____

Firma dell'interessato: _____

In caso di minore:

Firma 1° Genitore _____ **Firma 2°Genitore** _____

Firma, timbro o matricola del Medico _____

Eventuale interprete (firma) _____

In caso di revoca successiva del consenso:

Il sottoscritto _____

REVOCA

il proprio consenso al trattamento sanitario proposto **Data** ____/____/____ **ora** ____: ____

Firma dell'interessato _____

Firma 1° Genitore _____ **Firma 2°Genitore** _____

Firma, timbro o matricola del Medico _____

Eventuale interprete (firma) _____