



Consenso Informato

Sezione per il paziente

Il/la sottoscritto/a Nome:Cognome.....

Indirizzo:..... Città.....Telefono.....

Dichiara di essere stato/a dettagliatamente e comprensibilmente informato/a dal
dottorU.O.A/U.O.n.A.

sulla necessità d'impiego del farmaco **LINEZOLID** per il trattamento di
.....e di essere consapevole del
fatto che il Ministero della Salute non ha autorizzato questo medicinale per
l'indicazione che è stata proposta; tale farmaco risulta autorizzato in Italia per la
cura delle seguenti infezioni sospette o accertate causate da batteri Gram positivi
sensibili: polmonite nosocomiale, polmonite acquisita in comunità , infezioni complicate
della cute e dei tessuti molli.

E' stato/a altresì informato/a che l'impiego del farmaco è noto e conforme a lavori
apparsi su Linee Guida accreditate in campo internazionale.

Data.....Firma del paziente.....

Il/la sottoscritto/a Nome: Cognome.....

debitamente informato riguardo al trattamento dei dati personali (art. 10, Legge
31/12/1996, n. 675) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati stessi,
limitatamente alle finalità inerenti la prestazione sanitaria fornita (art. 22, Legge
31/12/1996, n. 675).

Data.....Firma del paziente.....

Sezione per il Medico

Il Medico ha verificato che il paziente ha compreso quanto illustrato.

Data.....Firma del Medico