



Società Italiana
di Andrologia

Ad uso esclusivo dei centri Andrologici di qualità certificati SIA -CERSOI

Modulo per consenso informato alla prescrizioni di farmaci con indicazioni " off label"

Io sottoscritto Sig.....
nato a.....il.....dichiaro di essere stato informato dal
Dott.....circa la possibile efficacia del
farmaco.....nel trattamento della patologia riscontratami
.....
anche se tale indicazione non compare nella registrazione del farmaco stesso in Italia. Sono stato
altresì informato che la dose prescrittami dimg/die è quella comunemente impiegata
secondo la letteratura scientifica. Gli eventuali effetti collaterali sono i medesimi riportati nella
scheda tecnica del prodotto. In ogni caso mi impegno a segnalare al medico prescrittore qualsiasi
evento avverso che in qualche modo possa essere messo in relazione all'assunzione del farmaco.
In base a quanto sopra accetto di assumere la terapia prescrittami dal
Dott.....

Firma del paziente

Firma del medico

Data.....

SEGRETERIA

Via Luigi Bellotti Bon, 10

00197 Roma

Tel. e Fax 06 80691301

E-mail: sia@andrologiaitaliana.it

www.andrologiaitaliana.it