

CONSENSO:

Io sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ sono stato informato dalla lettura di questo testo informativo per il consenso informato, formato da numero fogli 3, delle condizioni relative al trattamento della membrana neovascolare coroideale nella miopia, patologia di cui sono affetto, con Visudyne.

Ho perfettamente capito che la commercializzazione e la vendita di tale prodotto non è stata ancora autorizzata e che ci sono delle precauzioni e dei rischi possibili in questo tipo di trattamento.

E' stata esclusa la mia appartenenza ad una categoria a rischio per tale trattamento, in particolare, in caso di paziente di sesso femminile, la presenza di una gravidanza in atto.

Ho ricevuto una chiara ed esauriente risposta a tutte le mie domande e, pertanto, desiderando sottopormi a questa terapia, ne autorizzo la esecuzione.

Data _____

Data _____

Nome paziente _____

Nome Medico _____

Firma _____

Firma _____