

LIBERATORIA AL MEDICO CURANTE
per la prescrizione dell'Approccio terapeutico
Domiciliare COVID-19

Egr. Dott.

Il sottoscritto _____
codice fiscale _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____
documento d'identità _____ n _____
rilasciato il _____ da _____ scadenza _____
telefono _____ email _____

esercitando il diritto alla libera scelta tra diverse procedure di trattamenti sanitari, così come sancito dall'Articolo 5. della Carta Europea dei Diritti del Malato

CHIEDE

di essere curato secondo l'Approccio Terapeutico di cura per il Covid-19 di seguito specificato:

- Idrossiclorochina*
- Ivermectina*
- Colchicina*

*Off label

con l'aggiunta, se ritenuto necessario in base a valutazione medica, di:

- Anticoagulante
- Corticosteroidi
- Altri che siano necessari, secondo criterio specializzato

DICHIARA

di essersi informato sul suddetto protocollo di cure, avendo compreso sia gli eventuali rischi che i benefici della cura e di non essere affetto da:

- patologie cardiache
- deficit della glucosio-6-fosfato deidrogenasi
- retinopatia

ESONERA

il medico curante da ogni responsabilità civile, penale e morale per effetti collaterali che dovessero conseguire all'applicazione del suddetto protocollo (in particolare per ciò che concerne i farmaci off label, il cui uso, ad oggi, è sconsigliato, ma non vietato) assumendosene in pieno gli eventuali rischi. In fede,

Data ___ / ___ / ___
IppocrateOrg - liberatoria al m.c. - vers4

Firma _____