

**Allegato A2**

**CONSENSO INFORMATO  
PER LA SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO DI FARMACI AD USO  
OSPEDALIERO**

**(ALLEGATO A2 al Decreto N. 84 del 8 aprile 2015)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dettagliatamente informato /a dal dottor \_\_\_\_\_

di necessitare della prosecuzione in regime di Assistenza Domiciliare Integrata della terapia con farmaco per uso ospedaliero somministrata durante il ricovero ospedaliero, dichiara di essere stato messo a conoscenza delle caratteristiche del trattamento a cui viene sottoposto/a e dei rischi e benefici che ne possono conseguire e di fornire il consenso al trattamento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente o del legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del medico che ha informato il paziente \_\_\_\_\_