



SENIOR RESIDENCE

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA NEUROLETTICA	Cod. DSA 38
		Rev. 00
		Pagina 1 di 1

Torino, li/...../.....

- Io sottoscritto/a. nato/a il ... / ... / ...
- Io sottoscritto/a. nato/a il ... / ... / ...,
in qualità di tutore del sig./ra nato/a il ... / ... / ...

Dichiaro di essere stato informato dal dott.

1. Della prescrizione da parte del medico specialista (Psichiatra, Geriatra, Neurologo) del seguente farmaco ad azione Neurolettica.....
2. Che tale farmaco è stato inserito in terapia dal e che la risposta clinica dal punto di vista del controllo dei disturbi del comportamento precedentemente segnalati è stata
3. Dei possibili eventi avversi correlati alla somministrazione di tale farmaco, con particolare riferimento agli eventi cardiaci, cardiovascolari e cerebrovascolari.
4. Della necessità di eseguire periodici controlli degli esami ematochimici (Potassio) e dell'Elettrocardiogramma.
5. Del fatto che tale farmaco è utilizzato nel controllo dei disturbi del comportamento nella Demenza come indicazione fuori da scheda tecnica..
6. Che il medico curante e il medico specialista prescrittore eviteranno, per quanto possibile, la contemporanea prescrizione di più farmaci ad azione antipsicotica o sedativa e riconsidereranno periodicamente la possibilità di ridurre il dosaggio.

Acconsento /rifiuto volontariamente l'assunzione di terapia neurolettica.

In fede.

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO

Io sottoscritto/a. confermo ed attesto che
il/la sig./ra. ha, a mio avviso, interamente compreso tutto quanto
sopra esposto, punto per punto.

In fede.

Senior Residence s.r.l.

Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it