



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE LIGURIA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
Struttura Semplice Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile
Responsabile Dott. Giovannoni Franco
Via XXIV Maggio,139 tel.0187 533662 ,fax 0187 533065 (la Spezia)
via Variante Aurelia n°153 -, Tel 0187/604914-15-16-17-18; fax 0187/ 604281 (Sarzana)

FOGLIO INFORMATIVO

[] PER L'UTENTE [] PER IL RAPPRESENTANTE LEGALE [] PER
CHI E' STATO DELEGATO A RICEVERE L'INFORMAZIONE

(Nome e cognome dell'utente [] di chi lo rappresenta [] di chi è stato delegato a ricevere l'informazione)

Caro Genitore/Tutore

Come lei sa, suo figlio/a, al suo tutelato è stata diagnosticata la seguente malattia

La terapia tradizionale prevede la somministrazione del **farmaco** :

(nome della specialità medicinale, forma farmaceutica, dose)

Con i seguenti svantaggi _____

Per la cura della malattia di suo/a figlio/a, del suo tutelato le evidenze scientifiche hanno dimostrato l'efficacia del seguente **farmaco**

(nome della specialità medicinale, forma farmaceutica, dose)

Che è autorizzato per un indicazione/modalità terapeutica diversa da quella che le proponiamo per il suo rappresentato, per tale motivo è necessario sottoscrivere l'allegato.