

FAC SIMILE

LIBERATORIA AL MEDICO CURANTE

per la prescrizione del

PROTOCOLLO DOMICILIARE COVID-19

Ed anche COMUNICAZIONE OSPEDALIERA DI DIVIETO ED AUTORIZZAZIONE CURE E
SOTTOSCRIZIONE CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____

codice fiscale _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____

documento d'identità allegato alla presente

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 ed arti.32 della Costituzione Italiana

CHIEDE

di essere curato secondo il protocollo di cura per il Covid-19 di seguito specificato:

- Idrossiclorochina 200 mg mattino e 200 mg alla sera x 7 gg.
- Azitromicina 500 mg/die x 6 gg.
- Zinco picolinato 1 cps/die x 7 gg.
- Vitamina C i.e. (8 grammi in due somministrazioni giornaliere) x 7 gg
- Vitamina D (fino a 1000 UI/die) x 7 gg

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

- Anticoagulante
- Corticosteroidi
- ove necessitasse PLASMA

CON ESPRESSO DIVIETO DI INTUBAZIONE TRACHEALE/INTUBAZIONE MECCANICA

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 alcuna patologia che possa interagire con le cure summenzionate

ESONERA

il medico curante e/o ospedalieri da ogni responsabilità civile, penale professionale per effetti collaterali che dovessero conseguire all'applicazione del suddetto protocollo assumendosene in pieno gli eventuali rischi.

In fede,

Data __ / __ / ____

Firma _____