Allegato 4

**Consenso informato agli esami diagnostici e alle cure**

Il sottoscritto, Sig/Sig.ra…………………………………………………………………

nato/a…………………………………………………….il………………………………………….

Residente in Via…………………………………………………………………….......

dichiaro di essere stato/a informato/a dal sanitario operante presso la REMS di……………………………. In modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo le procedure medico-psicologiche/diagnostiche (compreso gli esami di laboratorio atti ad attestare la presenza/assenza di malattie infettive tipo HIV) e la necessità di effettuare cure come trattamenti psicologici, psicoterapici e/o farmacologici specifici per il disturbo di cui sono affetto, sulla loro sostituibilità o non sostituibilità.

Resta inteso che il personale sanitario motiverà cambiamenti e/o ulteriori atti medico/psicologici con finalità terapeutiche che si dovessero rendere necessarie durante la permanenza presso questa REMS.

Luogo e data (nominativo e firma del paziente)

Luogo e data (nominativo e firma dello psichiatra)