

LIBERATORIA AL MEDICO CURANTE
per la prescrizione del
PROTOCOLLO DOMICILIARE COVID-19

Egr. Dott.

Il sottoscritto _____
codice fiscale _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____
documento d'identità _____ n. _____
rilasciato il _____ da _____ scadenza _____
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

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 (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
- Altri che siano necessari, secondo criterio specializzato

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:

- patologie cardiache
- deficit della glucosio-6-fosfato deidrogenas

- retinopatia

ESONERA

il medico curante da ogni responsabilità civile, penale e morale per effetti collaterali che dovessero conseguire all'applicazione del suddetto protocollo (in particolare per ciò che concerne l'idrossiclorochina, il cui uso, ad oggi, è sconsigliato, ma non vietato) assumendosene in pieno gli eventuali rischi.

In fede,

Firma _____

Data __ / __ / ____