

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 \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_