

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_, iscritto/a al Ser. D. di \_\_\_\_\_ dichiaro/a di essere stato/a  
informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott/ssa  
\_\_\_\_\_ circa i rischi, gli obiettivi e i benefici del farmaco Metadone  
Cloridrato che inizierò ad assumere da oggi. Ho anche avuto di chiedere qualsiasi informazione  
inerente alla terapia con Metadone. Mi è stato spiegato che durante il trattamento con Metadone  
dovrò astenermi dal consumo di farmaci psicotropici e di altre droghe quali eroina, morfina  
amfetamine, cannabinoidi perché potrebbero causare gravi danni per la mia salute. Inoltre, mi è  
stato spiegato che l'associazione con le benzodiazepine (Tavor, Roipnol, Minias, Lexotan, ect),  
alcool, barbaturici (Gardenale, Luminale, ect), è particolarmente pericolosa in quanto potrà  
costituire un grave rischio per la mia vita. Ho avuto anche modo di leggere la scheda tecnica del  
farmaco.

Mi è stato anche spiegato che il Matadone Cloridrato al pari di tutti i farmaci che agiscono sul  
sistema nervoso centrale, potrebbe ridurre la capacità di attenzione e quindi particolare cautela  
deve essere riservata a quei lavori che richiedono la prontezza dei riflessi inclusa la guida degli  
autoveicoli.

Ciò premesso, acconsento al trattamento con Metadone e all'analisi dei dati che potranno essere  
pubblicati in forma anonima.

Nel momento in cui vengo informato sono capace di intendere e di volere.

Data \_\_\_\_\_

Firma