**Anexo IV**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

***Para ser completado y firmado por el/la paciente. En caso de que el/la paciente tenga menos de 18 años, deberá ser firmado por su padre/madre/tutor.***

Mediante la firma de este consentimiento usted declara que ha leído y entendido cada uno de los ítems listados abajo y que acepta los riesgos y medidas de precaución necesarias asociadas al tratamiento con (…Especialidad/Principio activo).

Lea cuidadosamente cada ítem a continuación y firme el consentimiento de información sólo si comprende totalmente cada uno de los ítems y está de acuerdo en seguir las instrucciones de su médico.

Mi tratamiento con medicamentos especiales derivados de cannabis, que contengan Tetrahidrocannabinol (THC) y/o Cannabidiol (CBD), me ha sido explicado por mi médico en forma personal y he comprendido que el mismo es utilizado como adyuvante del tratamiento y, entre otros, los siguientes temas de información:

1. Comprendo que existe un riesgo importante de (…..citar riesgos asociados al uso de…Especialidad/Principio activo) durante el tratamiento con (….Especialidad/Principio activo).

2. Comprendo que no debo consumir (….Especialidad/Principio activo), si presento hipersensibilidad al fármaco, antecedentes de (…citar enfermedades asociadas al uso de Especialidad/Principio activo).

3. Comprendo que debo realizar estudios antes del inicio del tratamiento y de manera rutinaria según prescripción médica para descartar enfermedades (…citar enfermedades de riesgo asociadas). Mi doctor/a decidirá con qué frecuencia deberé realizar otros estudios durante mi tratamiento (de ser posible cada vez que recibo la receta para la compra).

4. Comprendo que no debo comenzar a tomar (….Especialidad/Principio activo) hasta que esté seguro que no padezco de enfermedades (….citar enfermedades de riesgo asociadas al uso de… Especialidad/Principio activo).

5. He leído y comprendido los materiales que el médico me ha entregado referente al tratamiento con (….Especialidad/Principio activo). Discutiré con mi médico cualquier duda que tenga, ya que tengo el derecho de preguntar y mi médico el deber de informarme.

6. Comprendo que debo dejar de consumir (….Especialidad/Principio activo) inmediatamente e informar a mi doctor/a si presento: (…...citar riesgos asociados al uso).

7. Informaré a mi médico sobre cualquier medicamento o producto a base de hierbas que esté tomando o pretenda tomar durante el tratamiento con (….Especialidad/Principio activo).

8. Comprendo que se trata de un medicamento de venta bajo receta:

\* Simple.

\* Simple archivada (RSA).

\* Cuadruplicada.

Mi médico/a ha contestado todas mis inquietudes, he comprendido y acepto los riesgos y medidas de precaución necesarios durante mi tratamiento con (….Especialidad/Principio activo)

Dejo constancia que estoy utilizando el siguiente medicamento:

…………………….…………………………………………………………………………

Aclaración y Firma de la Paciente:

……………………………………………………………………………………………….

Aclaración y Firma del Padre/Madre o Tutor (si corresponde):

……………………………………………………………………………………………….

Asimismo, **declaro bajo fe de juramento** que conozco ampliamente los riesgos asociados que derivan del uso de los medicamentos especiales derivados de cannabis, que contengan Tetrahidrocannabinol (THC) y/o Cannabidiol (CBD), así como las consecuencias civiles y penales que derivan de la mala praxis médica en los tratamientos de patologías específicas con dichas sustancias.

Firma y sello del Médico/a Prescriptor/a:

……...……………………………………………………………………………………….

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Se adjunta fotocopia de cedula de identidad de los firmantes