

**RÉGIMEN DE ACCESO DE EXCEPCIÓN DE MEDICAMENTOS (RAEM)**

**(DISP. 10401/16)**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre y Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Declaro que:

El Dr./Dra. \_\_\_\_\_ como médico tratante, me comunica la posibilidad de recibir el medicamento \_\_\_\_\_.

Se me informa del tipo de medicación que es, su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener.

Soy consciente de que la medicación no está autorizada o no disponible en el país y que puede tener efectos adversos no descriptos anteriormente.

Acepto el tratamiento propuesto teniendo en cuenta que puede resultar en un posible beneficio para mi situación de salud y asumo sus riesgos.

El recibir la medicación es una decisión voluntaria libremente tomada estando en pleno conocimiento de la información disponible y puedo renunciar a su administración en el momento en el que lo estime adecuado.

Firma del paciente  
(o representante legal)