

PIANO TERAPEUTICO (FAC-SIMILE)

per la prescrizione di *Cannabis* ad Uso Medico a carico del Servizio Sanitario Regionale

Data ____/____/____

Il sottoscritto Dr. _____ Specialista in _____ presso la S.C. _____ chiede, sotto la propria responsabilità e dopo aver ottenuto il consenso informato, che venga allestita per il **paziente**:

- CODICE NUMERICO/ALFANUMERICO PAZIENTE _____
- ETÀ (ANNO DI NASCITA) _____ SESSO _____ ASL DI RESIDENZA _____
- ID REGISTRAZIONE ISS _____ (in mancanza di tale codice, allegare copia compilata della scheda cartacea)

Per l'Impiego previsto dal DM 09/11/2015:

- analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali;
- analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace;
- effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
- effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard;
- effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

R/

- Cannabis infiorescenze (**THC 17-26% - CBD ≤1%**) A) Bedrocan B) Pedanios 22/1
- Cannabis infiorescenze (**THC 13-20 % - CBD <1%**) A) FM1 B) Bedica C) Bedrobinol
- Cannabis Infiorescenze (**THC 5-8% - CBD 6-12%**) A) FM2 B) Pedanios 8/8 C) Bediol
- Cannabis infiorescenze (**THC ≤1% - CBD 7,5-10%**) A) Pedanios 1/9 B) Bedrolite

- Estratto di Cannabis standardizzato **15% THC** (150mg/mL)
- Estratto di Cannabis standardizzato **2,5% THC** (25mg/mL)
- Estratto di Cannabis standardizzato **2% THC** (20mg/mL)
- Estratto di Cannabis standardizzato **5% CBD** (50mg/mL)
- Estratto di Cannabis standardizzato **1% THC - 1% CBD** (10mg/mL, 10mg/mL)
- Estratto di Cannabis standardizzato **0,5% THC – 2% CBD** (5mg/mL, 20mg/mL)

FSA/Forma farmaceutica (FF) richiesta:

A) Da infiorescenze:

- Cartine Buste filtro da **mg** _____ di cannabis **ciascuna**, (*barrare in caso di dosaggio per 5 gg*) per n° totale **FF/mese** = _____ e totale _____ **mg/mese**
- Estratto da infiorescenze in olio di _____ al **10%** (10g/100mL) ottenuto con tecnica _____ e di tali _____ **mL/mese, totale _____ mg/mese.**

B) Da estratto di cannabis standardizzato:

- Estratto di cannabis al _____ % di **THC** e/o al _____ % **CBD** e di tale _____ **mL/mese.**

S/

Assunzione per via:

- Orale previa decozione (se cartine/buste filtro)
- Orale sublinguale (se olio da infiorescenze o estratto di Cannabis standardizzato)
- Inhalatoria (se assunto *con idoneo vaporizzatore*)

Posologia:

- assumere mg _____ x _____ volte al giorno per via orale/inhalatoria se cartine/buste filtro)
- assumere _____ mg di **THC** e _____ mg di **CBD** x _____ volte al giorno per via orale (*se estratto oleoso infiorescenze o estratto di Cannabis standardizzato*)

Esigenze particolari che motivano la prescrizione:

- Paziente non responsivo alle terapie convenzionali non ottenendo un pain relief adeguato (NRS>5)
- Effetti secondari alle terapie convenzionali non tollerabili
- In necessari incrementi posologici potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali
- Altro (specificare) _____

Si dichiara che:

- Per il suddetto paziente non sussistono valide alternative terapeutiche
- Che il paziente ha sottoscritto il consenso informato a tale trattamento
- Che la scheda paziente da inviare ad ISS è stata compilata secondo il DM 09/11/2015 e ss.mm.ii.

DURATA DEL TRATTAMENTO: 90 GIORNI

Timbro e firma (per esteso)

Al collega di medicina generale: la prescrizione a carico del SSR può essere continuata sulla base di tale Piano Terapeutico trimestrale. Al termine dei 90 giorni di trattamento il paziente dovrà essere rinviato alla nostra struttura per l'eventuale conferma della prosecuzione della terapia