

**RICETTA NON RIPETIBILE (FAC-SIMILE)**

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dati Paziente**

CODICE NUMERICO/ALFANUMERICO PAZIENTE \_\_\_\_\_

ETÀ (ANNO DI NASCITA) \_\_\_\_\_

SESSO \_\_\_\_\_

ASL DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

**Dati Medico prescrittore:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

N° iscrizione all'ordine dei medici \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**R/**

- |   |                  |               |
|---|------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Cannabis infiorescenze ( <b>THC 17-26% - CBD ≤1%</b> ) A) Bedrocan     | B) Pedanios 22/1 |               |
| <input type="checkbox"/> Cannabis infiorescenze ( <b>THC 13-20 % - CBD &lt;1%</b> )A) FM1       | B) Bedica        | C) Bedrobinol |
| <input type="checkbox"/> Cannabis Infiorescenze ( <b>THC 5-8% - CBD 6-12%</b> ) A) FM2          | B) Pedanios 8/8  | C) Bediol     |
| <input type="checkbox"/> Cannabis infiorescenze ( <b>THC ≤1% - CBD 7,5-10%</b> )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**.

**Nota: La quantità prescritta non può superare i 30 giorni di terapia**

**S/**

**Assunzione per via:**

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

**Posologia:**

- assumere mg \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ volte al giorno per via orale/inalatoria 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*)

↓  
assumere \_\_\_\_\_  mL  gtt di estratto di cannabis \_\_\_\_\_ volte al giorno per via orale (*se estratto oleoso infiorescenze o estratto di Cannabis standardizzato*)

**NB: Il calcolo viene eseguito dal farmacista in funzione del titolo di THC o di CBD dell'estratto.**

**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) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma medico prescrittore**

\_\_\_\_\_

**MODULO CONSEGNA (RISERVATO ALLA FARMACIA CHE DISPENSA)**

PREP. N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA CONSEGNA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma Farmacista

Documento di identità di chi ritira \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_