

MOD. B - PIANO TERAPEUTICO

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 _____

ETÁ (ANNO DI NASCITA) _____

SESSO _____

ASL DI RESIDENZA _____

ID REGISTRAZIONE ISS _____ (in mancanza di tale codice, allegare copia compilata della scheda cartacea)

IMPIEGO (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;
- altro (specificare).

La seguente preparazione:

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

Forma farmaceutica (FF) richiesta

- cartine buste filtro capsule apribili da mg _____ di cannabis ciascuna, (barrare in caso di dosaggio per 5 giorni) per n° totale FF/mese = _____
- Estratto in olio di oliva al 10% (5g/50ml) _____ ml/mese

Quantità totale mg o ml/mese =

Assunzione per via:

- Orale Inalatoria

Posologia:

- assumere mg _____ x _____ volte al giorno per via orale/inalatoria
- n° _____ gocce _____ volte al giorno per via orale (qualora la FF richiesta sia Estratto in olio)

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)

**se non specificato per i nuovi pazienti l'erogazione a carico del SSR sarà con Cannabis FM2*

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