

MOD. D – RICETTA NON RIPETIBILE

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

Data ___/___/_____

Paziente

CODICE NUMERICO/ALFANUMERICO PAZIENTE _____

ETÁ (ANNO DI NASCITA) _____

SESSO _____

ASL DI RESIDENZA _____

Medico prescrittore:

Cognome e nome _____

N° iscrizione all'ordine dei medici _____

Indirizzo _____

Telefono _____

R/

- 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

F.S.A.

- una busta filtro/cartina da milligrammi di infiorescenze _____ e di tali n° _____/mese (barrare in caso di dosaggio per 5 giorni)
- una capsula apribile da milligrammi di infiorescenze _____ e di tali n° _____/mese
- Estratto di cannabis infiorescenze in olio _____ (indicare tipologia) _____ mg/ml (infiorescenza di cannabis/olio), di tali _____ ml

Quantità totale cannabis milligrammi/mese _____

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

S/

- assumere mg _____ x _____ volte al giorno

VIA DI SOMMINISTRAZIONE:

- Orale, previa decozione;
- Inalatoria.

- Assumere una quantità di estratto in olio pari a _____ ml/gtt _____ volta/e quantificato corrispondente a _____ gtt/ml di estratto _____ volta/e al giorno per via orale(sub linguale)

NB: Il calcolo viene eseguito dal farmacista in funzione del titolo di THC o di CBD dell'estratto ottenuto che deve essere indicato in etichetta secondo NBP.**

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

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

MODULO CONSEGNA (RISERVATO ALLA FARMACIA CHE DISPENSA)

PREP. N° _____

DATA CONSEGNA ___/___/_____

Timbro e Firma Farmacista

Documento di identità di chi ritira _____

Firma per ricevuta _____