

<b>A.3 - PIANO TERAPEUTICO DELLA REGIONE DEL VENETO PER LA PRESCRIZIONE DI PREPARATI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS A CARICO DEL SSN</b>	
Centro prescrittore (Unità Operativa)	
Azienda Sanitaria:	
Presidio Ospedaliero di:	
Medico prescrittore (nome e cognome):	
Recapito telefonico:	
e-mail:	

Nome e Cognome del/della paziente:
Data di nascita (giorno/mese/anno):
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ULSS/ASL di Residenza:
Regione:
Codice alfanumerico* identificativo del paziente _____ *ai sensi art. 5 comma 3 legge 94/98. Il codice deve essere così composto: codice identificativo del medico seguito dal numero progressivo. Il codice va utilizzato anche nei successivi rinnovi per il paziente medesimo.
Età del paziente _____ Sesso del paziente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Azienda ULSS di Residenza del paziente _____

#### SCHEDA DI ELEGGIBILITA' E DATI CLINICI

attestare (spuntando l'apposito spazio) che:

- Il paziente, al momento, non presenta disturbi psichiatrici
- Il paziente non è stato in terapia per patologie psichiatriche
- Il paziente, se donna, non è in gravidanza
- Il paziente ha sottoscritto il consenso informato
- E' stata effettuata un'anamnesi di patologie cardiovascolari e il paziente può essere messo in terapia con cannabinoidi
- Si attesta che il paziente è già stato trattato, per un tempo sufficiente, con altri farmaci prima di utilizzare i prodotti a base di cannabis.

**Indicare l'impiego per cui si richiede la prescrizione:**

- a) analgesia nel dolore cronico correlato a spasticità, di grado moderato severo (punteggio scala NRS $\geq$ 5), non adeguatamente controllato con le terapie convenzionali, in pazienti con sclerosi multipla.
- b) analgesia nel dolore cronico correlato a spasticità, di grado moderato severo (punteggio scala NRS $\geq$ 5), non adeguatamente controllato con le terapie convenzionali, in pazienti con lesione del midollo spinale.

Si attesta quanto segue (tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte):

1. Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per la spasticità è compreso tra 5 e 10 (indicare valore: \_\_\_\_\_) oppure Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per il dolore è compreso tra 5 e 10



(indicare valore: \_\_\_\_\_)

2. Il paziente è già stato trattato con i seguenti farmaci:

baclofen orale  tizanidina  dantrolene  eperisone  tiocolchicoside

anticonvulsivanti  antidepressivi  cortisonici  FANS  oppioidi

ALTRO \_\_\_\_\_

3. Il paziente assumerà il prodotto a base di cannabinoidi in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

\_\_\_\_\_

- c) analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno), di grado moderato severo (punteggio scala NRS $\geq$ 5), non adeguatamente controllato dalle migliori terapie analgesiche farmacologiche a base di oppioidi con o senza adiuvanti e non farmacologiche oppure nei casi in cui le suddette terapie siano scarsamente tollerate.

Si attesta quanto segue (tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte):

1. Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per il dolore è compreso tra 5 e 10

(indicare valore: \_\_\_\_\_)

2. Il paziente è già stato trattato con le seguenti terapie:

anticonvulsivanti  antidepressivi triciclici  duloxetina  FANS  oppioidi  cortisonici

terapie non farmacologiche \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

3. Il paziente assumerà il prodotto a base di cannabinoidi in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

\_\_\_\_\_

- d) analgesia nel paziente oncologico sintomatico con dolore cronico di grado moderato severo (punteggio scala NRS $\geq$ 5), non adeguatamente controllato, dalle migliori terapie analgesiche farmacologiche a base di oppioidi con o senza adiuvanti e non farmacologiche, oppure nei casi in cui le suddette terapie siano scarsamente tollerate.

Si attesta quanto segue (tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte):

Il paziente è sintomatico

1. Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per il dolore è compreso tra 5 e 10

(indicare valore: \_\_\_\_\_)

2. Il paziente è già stato trattato con le seguenti terapie:

oppioidi deboli  oppioidi forti

1° principio attivo usato ..... dosaggio: ..... mg/24 h;.....mcg/h

2° principio attivo usato..... dosaggio: ..... mg/24 h;.....mcg/h

via di somministrazione..... (ev, os, sc, transmucosale)

3. Il paziente assumerà il prodotto a base di cannabinoidi in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

\_\_\_\_\_

- e) effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;



e8ac4f8e



- f) effetto stimolante l'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;
- g) effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- h) riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

Si attesta che il paziente è già stato trattato con altri farmaci prima di utilizzare i prodotti a base di cannabinoidi

\_ nel dettaglio il paziente è già stato trattato con i seguenti farmaci:

specificare: \_\_\_\_\_

\_ il paziente assumerà il prodotto a base di cannabis in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE**

**Schema terapeutico**

**Prodotto prescritto:**

(descrivere specificando il contenuto % di THC e /o CBD):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Modalità di assunzione:**

orale come decotto o estratto

inalatoria, tramite specifico vaporizzatore

**Formulazione della preparazione magistrale:**

Preparato vegetale ripartito in:  cartine  buste filtro  opercoli/capsule

Estratto oleoso (concentrazione mg/ml .....)

**Posologia in peso di cannabis:**

Dose per singola somministrazione (in mg/ gocce): \_\_\_\_\_

Numero di somministrazioni/die: \_\_\_\_\_

**Durata terapia** (in mesi, fino al prossimo follow-up e comunque non superiore a 6 mesi): \_\_\_\_\_

**TERAPIA**  **Prima prescrizione**  **Prosecuzione terapia**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore

