

PIANO TERAPEUTICO

per la prescrizione di preparati magistrali a base di *Cannabis* per uso medico a carico del S.S.R. in Regione Sicilia

Centro Prescrittore (U.O.)
Azienda Sanitaria
Medico Prescrittore (nome e cognome)
Recapito telefonico
e-mail

Codice alfanumerico identificativo del paziente
Età del paziente
Sesso
ASP di residenza

Scheda di eleggibilità 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 paziente ha sottoscritto il consenso informato
- E' stata effettuata un'anamnesi di patologie cardiovascolari e il paziente può intraprendere una 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:

- riduzione del dolore cronico moderato-severo refrattario alle terapie farmacologiche attualmente disponibili;
- riduzione del dolore associato a spasticità refrattaria ad altri trattamenti (baclofene, nabiximols) in pazienti affetti da sclerosi multipla con punteggio ≥ 5 della scala NRS, o che presentano intolleranza alle terapie convenzionali;
- riduzione del dolore neuropatico in pazienti con punteggio ≥ 5 della scala NRS con resistenza al trattamento con le terapie convenzionali (antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi) o che presentano intolleranza.

**PRESCRIZIONE****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 capsule apribili
- estratto: concentrazione mg/ml _____

Posologia in peso di Cannabis:

Dose per singola somministrazione (in mg/gocce) _____

Numero di somministrazioni/die: _____

Durata della Terapia (in mesi, sino al prossimo follow-up e comunque non superiore a 6 mesi):

- prima prescrizione
- prosecuzione di terapia

Data _____

Timbro e firma dello specialista prescrittore _____

DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE PIANO TERAPUTICO:

_____/_____/_____

N.B. Da compilare in un numero di copie, timbrate e firmate in originale, utili per coprire tutto il periodo di cura e comunque non superiore a 6 mesi.

