

**A.4 – SCHEDA DELLA REGIONE DEL VENETO PER LA RACCOLTA DEI DATI DEI PAZIENTI TRATTATI
CON PREPARATI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS**

(da compilare al momento della prescrizione e trasmettere all'Azienda ULSS territorialmente competente)

<u>Da compilare per prescrizioni effettuate da specialisti afferenti a struttura pubblica o privata accreditata:</u>										
Centro prescrittore (Unità Operativa o Ambulatorio):										
Azienda Sanitaria:										
Presidio Ospedaliero o Struttura o Distretto:										
Medico prescrittore (nome e cognome):										
Specializzazione (specificare)										
Tel:										
e-mail:										
<u>Da compilare per prescrizioni effettuate da Medico di Medicina Generale:</u>										
Medico prescrittore (nome e cognome):										
Tel:										
e-mail:										
Indirizzo ambulatorio o studio:										
Azienda ULSS di riferimento:										
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 (anni) _____										
Sesso del paziente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F										
Azienda ULSS di Residenza del paziente _____										
Data inizio terapia <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

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

Data prescrizione	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Durata terapia (giorni)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Posologia in peso di cannabis											
Dose per singola somministrazione _____	Numero di somministrazioni/die _____										



Modalità di assunzione													
<input type="checkbox"/> orale come decotto o estratto	<input type="checkbox"/> inalatoria tramite specifico vaporizzatore												
Formulazione della preparazione magistrale													
<input type="checkbox"/> Preparato vegetale ripartito in:	<input type="checkbox"/> cartine	<input type="checkbox"/> buste filtro	<input type="checkbox"/> opercoli/capsule										
<input type="checkbox"/> Estratto oleoso (concentrazione mg/ml _____)													
Esigenza di trattamento (barrare la casella interessata)													
Indicazioni rimborsate													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> e) effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;													
<input type="checkbox"/> 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;													
<input type="checkbox"/> g) effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;													
<input type="checkbox"/> 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, per le indicazioni a carico SSN, è stato redatto il Piano Terapeutico (PT) redatto da parte dello specialista autorizzato operante nelle strutture pubbliche o private accreditate della Regione del Veneto													
in data <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
Indicazioni con oneri a carico del cittadino (specificare)													

TERAPIA	<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	<input type="checkbox"/> Sospensione terapia										



e8ac4fbe



SEZIONE DA COMPILARE SOLO ALLA PRIMA PRESCRIZIONE

Terapia Convenzionale

il trattamento precedente non ha prodotto gli effetti desiderati

il trattamento precedente ha provocato effetti indesiderati non tollerabili

il trattamento necessita di incrementi posologici che potrebbero superare la dose terapeutica

altro (specificare) _____

Paziente già in trattamento con prodotti a base di cannabis

Prodotto _____

Posologia _____

Data dell'ultima assunzione di cannabis | | | | | | | | | |

Durata del trattamento < 6 mesi 6-12 mesi > 12 mesi

il trattamento ha migliorato la sintomatologia il trattamento non ha modificato la sintomatologia

il trattamento ha peggiorato la sintomatologia sono comparsi effetti indesiderati

MONITORAGGIO
(sezione da compilare obbligatoriamente per tutte le prescrizioni e in caso di sospensione)

Prosecuzione della terapia sintomatologia migliorata sintomatologia stabile

Aderenza al trattamento: ottima buona scarsa

Ove applicabile, indicare punteggio della scala NRS (Numerical Rating Scale) per l'entità del dolore/spasticità: _____

Sospensione della terapia sintomatologia peggiorata comparsi effetti indesiderati*

sintomatologia stabile

Data sospensione terapia | | | | | | | | | |

*Nel caso in cui si osservi una sospetta reazione avversa, si ricorda di compilare la scheda di segnalazione (Allegato B del DM 9.11.2015) scaricabile dal sito www.epicentro.iss.it/focus/erbe/fitosorveglianza.asp)

Impiego attuale della cannabis sostituisce terapia convenzionale integra terapia convenzionale

Osservazioni del medico prescrittore

Data ____/____/____

Luogo _____

Timbro e firma del Medico prescrittore

