



www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' FARMACEUTICHE
Struttura Complessa Assistenza Farmaceutica Convenzionata
Direttore: Dottoressa Adele COCCINI
Via Operai, 80 16149 GENOVA
Palazzo della Salute (Fiumara)
Tel. 0108497144-146 Fax 0108497142 - 7076
e-mail: FarmaceuticaConvenzionata@asl3.liguria.it

Genova, li 13 OTT. 2016

Prot. n. 134809

Rif. Prot.

All'Ordine Provinciale Medici Chirurghi
E Odontoiatri Genova
Piazza della Vittoria, 12
16121 Genova

Ai Sigg. Medici MG e PLS

Al Direttore POU
Dottoressa Marta **CALTABELLOTTA**

Al Direttore S.C. Cure Primarie
Dottor Lorenzo **BISTOLFI**

Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari

Ponente n. 08
Dottor Filippo **PARODI**

Medio Ponente n. 09
Dottoressa Daniela **DALL'AGATA**

Val Polcevera e Valle Scrivia n. 10
Dottoressa Loredana **MINETTI**

Centro n. 11
Dottor Carlo **NAVA**

Val Bisogno e Val Trebbia n. 12
Dottoressa M. Romana **DELLEPIANE**

Levante n. 13
Dottor Mario **FISCI**

Alla Direzione Sanitaria di:

IRCCSS San Martino- IST

E. O. Ospedale Galliera

Ospedale Evangelico Internazionale

IRCCSS G. Gaslini

E p.c. Al Direttore
Dipartimento Attività Farmaceutiche
Dott.ssa Simonetta **NOBILE**

Loro Sedi

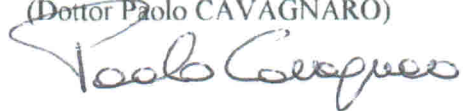
Oggetto: Preparazioni galeniche a base di cannabinoidi.

Con riferimento alla DGR 271 del 01/04/2016, di pari oggetto, ed alla successiva documentazione di indirizzo, si inoltra la scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con Cannabis che il Medico dovrà compilare per i propri singoli pazienti, da utilizzare per il monitoraggio delle prescrizioni, così come previsto dal DM del 09 novembre 2015, par 3) "Adeguatezza prescrittiva e modalità di dispensazione" all'allegato tecnico per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di Cannabis

Tale scheda elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e concordata con il coordinamento delle Regioni/Province Autonome, andrà utilizzata per la trasmissione dei dati in attesa della predisposizione degli accessi riservati alla piattaforma web per l'inserimento dei dati.

I medici prescrittori pertanto, sono tenuti, ad oggi, ad inviare la scheda cartacea di ciascun paziente, che si allega alla presente nota, al Servizio Farmaceutico Territorialmente competente, che provvederà al successivo inoltro all'ISS.

Cordiali saluti

il Direttore Sanitario f.f.
(Dottor Paolo CAVAGNARO)


PERCORSO: MIOLO/LETTERE/preparazioni cannabis


NM/ma



Progetto pilota statale per la cannabis ad uso medico

Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con Cannabis

Regione _____

ASL _____

MEDICO PRESCRITTORE

Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo mail _____

medico ospedaliero/specialista

MMG

specializzazione (specificare) _____

PAZIENTE

Codice alfanumerico _____

(ai sensi art 5 comma 3 legge 94/98)

Età (anni)

sessu M F

PRESCRIZIONE

Cannabis FM2

Cannabis FM19

Importazione (specificare) _____

251674624

Data inizio terapia

Durata terapia (giorni)

Posologia in peso di cannabis

Dose die _____

N. somministrazioni / die _____

Modalità di assunzione

orale

inalatoria

altro (specificare titolo e dosaggio) _____

Esigenza di trattamento

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) _____

TERAPIA

Prima prescrizione

prosecuzione terapia

Sospensione terapia

Prosecuzione della terapia

sintomatologia migliorata sintomatologia stabile

Sospensione della terapia

sintomatologia peggiorata comparsi effetti indesiderati sintomatologia stabile

251677696

Data sospensione terapia

Impiego attuale della cannabis sostituisce terapia convenzionale

integra terapia convenzionale

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 _____

251686912

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

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

Osservazioni del medico prescrittore _____

Timbro SSN (se convenzionato)

251686912Luogo _____ data | | | | |

Istruzioni per la compilazione

Secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della salute 9 novembre 2015, al momento della prescrizione, il medico compila la Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con Cannabis e la invia alla ASL territorialmente competente secondo le indicazioni che le stesse Regioni forniranno.

Il medico prescrive la preparazione magistrale secondo la normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 5 della legge 94/98.