

**CARTA INTESTATA del CENTRO (Ricetta non ripetibile)**

Data: \_\_\_\_\_

**Medico Prescrittore**

Carta intestata con Cognome e nome \_\_\_\_\_

N° iscrizione all'Ordine dei Medici \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Paziente**ID Paziente (codice alfa numerico assegnato dal Centro prescrittore, NB: non riportare nome e cognome)  
\_\_\_\_\_

Età (anno di nascita) \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_

Id registrazione ISS (in mancanza di tale codice, allegare copia compilata della scheda cartacea)  
\_\_\_\_\_**Esigenze di trattamento per l'utilizzo di preparati galenici di C. Sativa a carico del SSR**

Nausea, vomito, dolore in corso di chemio e radioterapia refrattari a terapie in commercio

Riduzione appetito e peso corporeo nei pazienti HIV/AIDS

Dolore muscolare da spasticità nei pazienti mielolesi, con patologie neurologiche o fibromialgia refrattari ad altre terapie in commercio

Fatigue, peggioramento dell'umore in paziente oncologico "end stage"

Dolore cronico refrattario

**R:**

- Cannabis S. Inflorescenze **alto contenuto di THC** (THC 17-26%, CBD <1%- es. *BEDROCAN, FM1, PEDANIOS*)
- Cannabis S. inflorescenze **medio contenuto di THC** (THC 13-14%, CBD >1% - es. *BEDICA, BEDROBINOL*)
- Cannabis S. Inflorescenze **con contenuto simile di THC e CBD** (THC 5-8%, CBD 6-12%- es. *FM2, BEDIOL*)
- Cannabis S. Inflorescenze **alto contenuto di CBD** (CBD 8-10% THC <1%- es. *BEDROLITE, AURORA*)
- Sostanza attiva Estratto di Cannabis al 15% di THC autorizzata da AIFA e dal Ministero della Salute
- Sostanza attiva Estratto di Cannabis al 5% di CBD autorizzata da AIFA e dal Ministero della Salute

**F.S.A.:**

- Una cartina/capsula apribile da \_\_\_\_\_ mg di inflorescenza e di tali n° \_\_\_\_\_ per cartine/capsule apribili
- Estratto di cannabis inflorescenze in olio \_\_\_\_\_ (indicare tipologia) \_\_\_\_\_ mg/ml (inflorescenza di cannabis/olio), di tali \_\_\_\_\_ ml
- Sostanza attiva estratto di cannabis al 15% di THC, \_\_\_\_\_ ml di concentrato in \_\_\_\_\_ ml, pari a una concentrazione finale di \_\_\_\_\_ g/ml
- Sostanza attiva estratto di cannabis al 5% di CBD, \_\_\_\_\_ ml di concentrato in \_\_\_\_\_ ml, pari a una concentrazione finale di \_\_\_\_\_ g/ml
- 

**POSOLOGIA:**

- Assumere n°..... cartine/capsule apribili n°..... volta/e al giorno per via orale come decotto
- Assumere n°..... cartine/capsule apribili n°..... volta/e al giorno per via inalatoria con apposito vaporizzatore
- Assumere una quantità di estratto in olio pari a \_\_\_\_\_ ml/gtt \_\_\_\_\_ volta/e al giorno, corrispondente a gtt/ml \_\_\_\_\_ di estratto \_\_\_\_\_ volta/e al giorno per via orale

- Assumere una quantità di sostanza attiva estratto di cannabis al 15% di THC pari a \_\_\_\_\_ ml/gtt \_\_\_\_\_ volta/e al giorno per via orale
- Assumere una quantità di sostanza attiva estratto di cannabis al 5% di CBD pari a \_\_\_\_\_ ml/gtt \_\_\_\_\_ volta/e al giorno per via orale

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

**Motivazione della prescrizione: (DA BARRARE)**

<input type="checkbox"/>	Paziente non responsivo alle terapie convenzionali, non ottenendo un pain relief adeguato (NRS>5)
<input type="checkbox"/>	Effetti secondari alle terapie convenzionali non tollerabili
<input type="checkbox"/>	I necessari incrementi posologici che potrebbero determinare comparsa effetti collaterali
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)

si dichiara che:

- per il paziente non sussistono valide alternative terapeutiche
- il paziente ha sottoscritto il consenso informato a tale trattamento
- la scheda paziente da inviare ad ISS è stata compilata secondo il DM 9 novembre 2015 e ss.mm.ii.

Timbro e firma identificabile del medico prescrittore  
Codice regionale del medico

\_\_\_\_\_

**MODULO CONSEGNA (RISERVATO a FARMACIA)**

CONSEGNATA

Prep. N° \_\_\_\_\_ Scad. \_\_\_\_\_

Data Consegna \_\_\_\_\_

Timbro e firma Farmacista

\_\_\_\_\_

Documento di identità del ritirante \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_