

**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 \_\_\_\_\_ % di THC autorizzata da AIFA, dal Ministero della Salute (specificare ditta)
- Sostanza attiva Estratto di Cannabis al \_\_\_\_\_ % di CBD autorizzata da AIFA, dal Ministero della Salute (specificare ditta)
- Sostanza attiva Estratto di Cannabis al \_\_\_\_\_ % di CBD e \_\_\_\_\_ % di THC autorizzata da AIFA, dal Ministero della Salute (specificare ditta)

**F.S.A.:**

- Cartina/capsula apribile da \_\_\_\_\_ mg di infiorescenza e di tali n° \_\_\_\_\_ cartine/capsule apribili
- Estratto di cannabis infiorescenze in olio \_\_\_\_\_ (indicare tipologia)  
\_\_\_\_\_ mg/mL (infiorescenza di cannabis/olio), di tali \_\_\_\_\_ mL
- Sostanza attiva estratto di cannabis in olio al \_\_\_\_\_ % di THC, \_\_\_\_\_ mL di concentrato in  
\_\_\_\_\_ mL, pari ad una concentrazione finale di \_\_\_\_\_ g/mL
- Sostanza attiva estratto di cannabis in olio al \_\_\_\_\_ % di CBD, \_\_\_\_\_ mL di concentrato in  
\_\_\_\_\_ mL, pari ad una concentrazione finale di \_\_\_\_\_ g/mL
- Sostanza attiva estratto di cannabis in olio al \_\_\_\_\_ % di CBD e \_\_\_\_\_ % di THC, \_\_\_\_\_ mL di  
concentrato in \_\_\_\_\_ mL, pari ad 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

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)**

**A cura del farmacista:** \_\_\_\_\_ ml di concentrato al \_\_\_\_\_% diluiti in \_\_\_\_\_ ml, per arrivare alla concentrazione prescritta, cioè \_\_\_\_\_ g/ml

CONSEGNATA

Prep. N° \_\_\_\_\_ Scad. \_\_\_\_\_

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

Timbro e firma Farmacista

\_\_\_\_\_

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

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