

PIANO TERAPEUTICO
PRESCRIZIONE CANNABIS PER USO MEDICO A CARICO SSP
(Deliberazione G.P. 937 d.d. 31.05.2016)

Struttura APSS autorizzata alla prescrizione

- U.O. Neurologia _____ U.O. Oncologia _____
 U.O. Anestesia e rianimazione _____ Servizio cure palliative _____

Assistito: Nome e Cognome _____ C. Identificativo (*alfanumerico*) _____

Data di nascita _____ Comune di residenza _____

Farmaco

P. attivo: <input type="checkbox"/> Cannabis Flos THC 17-26%, CBD < 1%	<input type="checkbox"/> Cannabis Flos THC 5-8%, CBD 6-12%
<input type="checkbox"/> Cannabis Flos (CBD 8-10%, THC < 1%)	<input type="checkbox"/> (<i>altro</i>).....
Forma farmaceutica e dosaggio (<i>es. buste filtro mg... </i>)	
Posologia e mod. assunzione: (<i>es. 1 busta 2/die per decozione in.... cc acqua</i>)	
Durata trattamento _____ (<i>max 6 mesi</i>)	

- prima prescrizione 3 mesi (prosecuzione terapia) prosecuzione terapia

Indicazione terapeutica rimborsabile SSP

- spasticità associata a dolore nella sclerosi multipla resistente alle terapie convenzionali
- spasticità associata a dolore in lesioni midollari resistente alle terapie convenzionali;
- dolore neuropatico cronico in caso di fallimento della terapia analgesica convenzionale (anticonvulsivanti, antidepressivi, cortisonici)
- dolore oncologico terminale in caso di fallimento della terapia analgesica convenzionale (antinfiammatori non steroidei, oppioidi, cortisonici) o per ridurre i dosaggi di oppioidi

Trattandosi di medicinali non autorizzati (utilizzo off label) dichiaro di aver acquisito il consenso informato del paziente e che il medicinale sarà utilizzato sotto la mia responsabilità

DATA _____ TIMBRO MEDICO _____ FIRMA _____