****

**PIANO TERAPEUTICO**

**PRESCRIZIONE CANNABIS PER USO MEDICO A CARICO SSP**

|  |
| --- |
| **Centro prescrittore APSS autorizzato alla prescrizione**  Centro prescrittore (U.O.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Assistito**  Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso: □ M □ F  Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice Identificativo *(alfanumerico)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Criteri di eleggibilità e impieghi terapeutici rimborsabili SSP**  Attestare (barrando tutte le caselle) che   * Il paziente non presenta disturbi cardio-polmonari severi, grave insufficienza epatica, renale, epatite * Il paziente non presenta controindicazioni al trattamento, quali storia personale di disordini psichiatrici e/o una storia familiare di schizofrenia, storia pregressa di tossicodipendenza e/o abuso di sostanze psicotrope/alcol * E’ stata fatta un’anamnesi di patologie cardiovascolari e il paziente può essere trattato con cannabinoidi * Il paziente, se donna, non è in gravidanza   Indicare l’impiego   * Spasticità associata a dolore nella sclerosi multipla resistente alle terapie convenzionali * Spasticità associata a dolore nelle lesioni midollari 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 rilevato inefficace * Effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito da chemioterapia/radioterapia/terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali * Effetto stimolante dell’appetito nell’anoressia/ cachessia/perdita dell’appetito in pazienti affetti da AIDS o oncologici e, nell’anoressia nervosa che non può essere ottenuto con trattamenti standard * Effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali * Riduzione involontaria dei movimenti nella sindrome di Gilles de Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard |

**Prescrizione**

 Cannabis Flos THC 17-26%, CBD < 1%  Cannabis Flos THC 5-8%, CBD 6-12%

 Cannabis Flos CBD 8-10%, THC <1%  Cannabis Flos THC 13-20%, CBD < 1%

 Altro ……………………………………………………………………………………………………….

**Modalità di assunzione**

 orale come decotto o estratto  inalatoria, tramite specifico vaporizzatore

**Forma farmaceutica**

cartine  buste filtro  capsule  estratto oleoso (concentrazione es. mg/ml…………………………)

**Dosaggio** *…………………………………………………………….*

**Posologia e modalità assunzione**: *………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………..........*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Durata trattamento** (massimo 6 mesi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Prima prescrizione □ 3 mesi (prosecuzione terapia) □ Prosecuzione terapia

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**inviare a serviziofarmaceutico@apss.tn.it**