

SubAllegato A1

PIANO TERAPEUTICO
per la prescrizione di *cannabis per uso medico* a carico del S.S.R.
in Regione Lombardia

Data ____/____/____

Il sottoscritto Dr. _____

Recapito telefonico _____ email: _____

operante presso:

Denominazione Struttura Sanitaria _____

U.O. _____

chiede, sotto la propria responsabilità e dopo aver ottenuto il consenso informato, che venga allestita per il

paziente: CODICE NUMERICO/ALFANUMERICO _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ SESSO (M/F): ____ ATS DI RESIDENZA _____

DIAGNOSI (selezionare):

- dolore cronico moderato-severo refrattario alle terapie farmacologiche attualmente disponibili
- 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 l'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.

la seguente preparazione (descrivere specificando il contenuto % di THC e/o CBD)

Forma farmaceutica (selezionare e completare)

- Estratto in olio di oliva:
 - % cannabis (g/100ml): _____%
 - Flacone da ml: _____ ml
 - Numero totale flaconi/mese: _____ flaconi
- cartine/capsule apribili da mg _____ di cannabis,
 - n. totali/mese = _____

Modalità di Assunzione per via (selezionare):

- Orale Inalatoria

Posologia:

- assumere n° _____ cartine/capsule apribili _____ volte al giorno per via:
 - orale
 - Inalatoria
- assumere n° _____ gocce _____ volte al giorno per via orale

Terapia (selezionare) prima prescrizione proseguimento terapia

DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE PIANO TERAPUTICO: _____/_____/_____

(Durata massima del Piano Terapeutico: 180 giorni)

Timbro e firma (per esteso)

N.B. Da compilare in triplice copia da parte del medico specialista autorizzato, di cui: una copia per il medico specialista, una copia per l'ATS di residenza dell'assistito e una copia per il MMG/PLS