

**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