

REDAZIONE PIANO TERAPEUTICO (PT) E RICETTA

50 ml di OLIO DI CANNABIS THC 0,9% (9 mg/ml) CBD 0,9% (9 mg/ml)

IMPOSTAZIONE SUL SANIARP

1. IMPOSTARE "ESTRATTO DI CANNABIS 15% THC"

The screenshot shows the SANIARP interface for configuring a cannabis extract. The 'Tipo Cannabis' dropdown is set to 'ESTRATTO DI CANNABIS 15% THC'. A tooltip is visible, listing three options: 'CANNABIS INFIORESCENZE CON CONTENUTO SIMILE DI THC E CBD (THC 5-8 %, CBD 6-12%)', 'CANNABIS INFIORESCENZE CON ELEVATO CONTENUTO DI CBD (CBD 8-10% THC < 1%)', and 'CANNABIS INFIORESCENZE CON ELEVATO CONTENUTO DI THC (THC 17-26%, CBD < 1%)'. The 'Varietà di Cannabis' dropdown is set to 'ESTRATTO DI CANNABIS TITOLATO AL 15% THC'. The 'Forma Farmaceutica' is 'ESTRATTI'. The 'Indicazione' is 'DM 09.11.2015 e s.m.l. e Legge 04.12.2017 n.172'. At the bottom, there is a table for 'FARMACI INSERITI' with columns: FASCIA, ICOD, PRINCIPIO ATTIVO, FORMULAZIONE, POSOLOGIA, CICLO TERAPEUTICO, COND. CLINICHE, UC/UT. The current entry is 'Nessun Farmaco inserito'.

2. IMPOSTARE COME DA ALLEGATO SOTTOSTANTE

The screenshot shows the SANIARP interface with the configuration for 'ESTRATTO DI CANNABIS 15% THC' and 'ESTRATTO DI CANNABIS TITOLATO AL 15% THC'. The 'Forma Farmaceutica' is 'ESTRATTI'. The 'Posologia in mg/die' is set to 'THC' with a value of '9'. The 'Frequenza in giorni' is '1' and the 'Durata in giorni' is '180'. The 'Indicazione' is 'DM 09.11.2015 e s.m.l. e Legge 04.12.2017 n.172'. At the bottom, there is a table for 'FARMACI INSERITI' with columns: FASCIA, ICOD, PRINCIPIO ATTIVO, FORMULAZIONE, POSOLOGIA, CICLO TERAPEUTICO, COND. CLINICHE, UC/UT. The current entry is 'Nessun Farmaco inserito'.

IMPOSTAZIONE DELLA RICETTA MEDICA

Data _____ Nome, cognome, indirizzo e numero di telefono del medico _____

Codice numerico/alfanumerico paziente _____

Olio di Cannabis 0,9% THC (9 mg/ml) 0,9% CBD (9 mg/ml)

Estratto di cannabis 15% THC Farmalabor _____ 3 ml

CBD polvere _____ 450 mg

Olio MCT o oliva _____ q.b. a 50 ml

Assumi ____ mg THC _____ volta/e al giorno

Motivo della prescrizione _____

Ricetta non ripetibile _____

firma e timbro medico _____