

PRESCRIZIONE DI OLIO DI CANNABIS CBD 1,8% (18 mg/ml)

REDAZIONE PIANO TERAPEUTICO

PRESCRIZIONE

Prodotto prescritto:

(descrivere specificando il contenuto di THC e/o CBD):

___ **ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR CBD 5% THC <1%** ___

Modalità di assunzione:

Orale come decotto o estratto

Inalatoria tramite specifico vaporizzatore

Formulazione della preparazione magistrale:

preparato vegetale ripartito in: cartine capsule apribili

estratto: concentrazione mg/ml **CBD 18 mg/ml** ___ **flacone da 50 ml** ___

Posologia in peso di Cannabis:

Dose per singola somministrazione (in mg/gocce) ___

Numero di somministrazioni/die: _____

Durata della Terapia (in mesi, sino al prossimo follow-up e comunque non superiore a 6 mesi)

prima prescrizione

prosecuzione terapia

Data _____

Timbro e firma dello specialista prescrittore _____

DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE PIANO TERAPEUTICO:

___/___/_____

N.B. Da compilare in un numero di copie, timbrate e firmate in originale, utili per coprire tutto il periodo di cura e comunque non superiore a 6 mesi.

REDAZIONE RICETTA MEDICA

FAC SIMILE RICETTA OLIO 50 ml CBD 18 mg/ml

MR2991

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIA

NUM. ENOTE

NUM. VOUCHER

NUM. RICETTA

FORM. AUT. CERTIFICANTE

NUM. FARMACIA

NUM. COG.

PRESCRIZIONE

R/ ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR CBD 5% THC < 1%

18 ml DI ESTRATTO IN OLIO MCT/OLIVA q.b. A 50 ml

S/ ASSUMERE ... GOCCE AL MATTINO E ... GOCCE ALLA SERA

PAZIENTE NON RISPONDEnte A MEDICINALI INDUSTRIALI DISPONIBILI IN COMMERCIO

NUM. DI GOCCE

NUM. DI GOCCE

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

ABCDEF

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME

NUM. COGNOME