

# 1. REDAZIONE PIANO TERAPEUTICO PER 50 ml DI OLIO DI CANNABIS THC 1,5% (15 mg/ml)



REGIONE BASILICATA

## Allegato A

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CANNABINOIDI  
A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DALLE PATOLOGIE INDIVIDUATE NELLE LINEE DI  
INDIRIZZO PER L'UTILIZZO DEI MEDICINALI A BASE DI CANNABIS CHE  
NON HANNO RISPOSTO ALLE TERAPIE RACCOMANDATE (DGR N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ )

CENTRO PRESCRITTORE \_\_\_\_\_

MEDICO PRESCRITTORE (NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### GENERALITÀ DELL'ASSISTITO

Codice alfanumerico: \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Sesso  M  F Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Medico curante: Dr. \_\_\_\_\_

### SCHEDA DI ELEGGIBILITÀ E DATI CLINICI

La prescrizione di medicinali a base di cannabinoidi è a carico del S.S.N. solo se effettuata dai medici anestesisti, farmacologi, neurologi, oculisti, oncologi, operanti all'interno delle Strutture pubbliche della Regione per le condizioni indicate di seguito:

#### TIPOLOGIA DI PAZIENTI

Adulti affetti da:

- Nausea e vomito in corso di chemioterapia radioterapia, terapie per HIV*
- Dolore cronico (neurogeno e oncologico)*
- Patologie neurologiche che implicano spasticità associata a dolore*
- Anoressia, cachessia, perdita dell'appetito in Pazienti oncologici o affetti da AIDS*



## REGIONE BASILICATA

*Glaucoma*

*Gilles de la Tourette*

***Terapie già effettuate e risultate non efficaci:***

---

---

---

1. Il paziente non è in terapia con sostanze psicoattive
2. Il paziente, se donna, non è in gravidanza
3. Il paziente ha sottoscritto il consenso informato

### **PRESCRIZIONE**

**Prodotto** 50 ml di OLIO DI CANNABIS THC 1,5% (15 mg/ml) da ESTRATTO DI CANNABIS 15% THC FARMALABOR

**Posologia** \_\_\_\_\_

**Prima prescrizione (durata del trattamento 1 mese)**

**Prosieguo di terapia (solo se non si sono verificate reazioni nocive e comunque non superiore a 6 mesi)**

**Data di compilazione**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. REDAZIONE RICETTA PER 50 ml di OLIO DI CANNABIS THC 1,5% (15 mg/ml)

**MR2991**

---

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE **BASILICATA**

**NUMERO COMPLESSIVO PRESCRIZIONI** 0 0 1

**SPEDIENTE**

**NUMERO** 0 5 0 7 1 8

**ABCD EFG**

**R/ ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR THC 15% CBD < 1%**

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

**S/ ASSUMERE 20 GOCCE AL MATTINO E 20 GOCCE ALLA SERA**

**PAZIENTE NON RISPONDEnte A MEDICINALI INDUSTRIALI DISPONIBILI IN COMMERCIO**

CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO

**DATA SPEDIZIONE**

**NUMERO MEDICAZIONE**

**DEPOSITO**

**DATA INIZIO**

**DATA FINE**