

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

**1. COMPILAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO  
2. COMPILAZIONE DELLA RICETTA MEDICA**

**1. PIANO TERAPEUTICO**

**PRESCRIZIONE CANNABIS PER USO MEDICO A CARICO SSP**

<b>Centro prescrittore APSS autorizzato alla prescrizione</b>
Centro prescrittore (U.O.) _____
Presidio Ospedaliero _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Recapito telefonico _____ mail _____

<b>Assistito</b>
Nome e Cognome _____ Data di nascita _____
Codice fiscale _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Comune di residenza _____
Codice Identificativo ( <i>alfanumerico</i> ) _____

<b>Criteri di eleggibilità e impieghi terapeutici rimborsabili SSP</b>
<u>Attestare (barrando tutte le caselle) che</u>
<input type="checkbox"/> Il paziente non presenta disturbi cardio-polmonari severi, grave insufficienza epatica, renale, epatite
<input type="checkbox"/> Il paziente non presenta controindicazioni al trattamento, quali storia personale di disturbi psichiatrici e/o una storia familiare di schizofrenia, storia pregressa di tossicodipendenza e/o abuso di sostanze psicotrope/alcol
<input type="checkbox"/> E' stata fatta un'anamnesi di patologie cardiovascolari e il paziente può essere trattato con cannabinoidi
<input type="checkbox"/> Il paziente, se donna, non è in gravidanza
<u>Indicare l'impiego</u>
<input type="checkbox"/> Spasticità associata a dolore nella sclerosi multipla resistente alle terapie convenzionali
<input type="checkbox"/> Spasticità associata a dolore nelle lesioni midollari resistente alle terapie convenzionali
<input type="checkbox"/> 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 rilevato inefficace
<input type="checkbox"/> Effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito da chemioterapia/radioterapia/terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali
<input type="checkbox"/> Effetto stimolante dell'appetito nell'anoressia/ cachessia/perdita dell'appetito in pazienti affetti da AIDS o oncologici e, nell'anoressia nervosa che non può essere ottenuto con trattamenti standard
<input type="checkbox"/> Effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali
<input type="checkbox"/> Riduzione involontaria dei movimenti nella sindrome di Gilles de Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard

**Prescrizione**

- Cannabis Flos THC 17-26%, CBD < 1%       Cannabis Flos THC 5-8%, CBD 6-12%  
 Cannabis Flos CBD 8-10%, THC <1%       Cannabis Flos THC 13-20%, CBD < 1%  
 Altro ...**ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR THC 15% CBD <1%** .....

**Modalità di assunzione**

- orale come decotto o estratto       inalatoria, tramite specifico vaporizzatore

**Forma farmaceutica**

- cartine    buste filtro    capsule    estratto oleoso (concentrazione es. mg/ml..**THC 9 mg/ml CBD 9 mg/ml..**)

**Dosaggio** .....

**Posologia e modalità assunzione:** .....  
.....  
.....

**Durata trattamento** (massimo 6 mesi) \_\_\_\_\_

- Prima prescrizione       3 mesi (prosecuzione terapia)       Prosecuzione terapia

**Trattandosi di medicinali non autorizzati (utilizzo off label) dichiaro di aver acquisito il consenso informato del paziente e che il medicinale sarà utilizzato sotto la mia responsabilità**

Data \_\_\_\_\_ Timbro medico \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

inviare a [serviziofarmaceutico@apss.tn.it](mailto:serviziofarmaceutico@apss.tn.it)

**2. RICETTA MEDICA**

Data

Nome, cognome, indirizzo e numero di telefono del medico

Codice numerico/alfanumerico del paziente

Estratto di Cannabis 15% THC Farmalabor

3 ml

CBD polvere

450 mg

Labrafac™ Lipophile WL1349 (olio MCT)

q.b. a 50 ml

Confezionare in:

- Flacone in vetro ambrato linea Planta™ dotato di tappo child-proof e siringa graduata per la somministrazione
- Flacone in vetro ambrato con contagocce

Assumere:

\_\_\_ ml \_\_\_ volta/e al giorno

\_\_\_ gocce \_\_\_ volta/e al giorno

Motivo della prescrizione:

\_\_\_\_\_

Ricetta non ripetibile

Firma e timbro del medico