

PRESCRIZIONE DI OLIO DI CANNABIS CBD 0,6% (6 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 6 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 6 mg/ml

MR2991

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIA

R/ ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR CBD 5% THC < 1%
6 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

0 0 1

ABCDEF

001

CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIPOLOGIA / UNITA' / SPAZIO RISERVATO

NUMERO PRODOTTORE

SPQ/ALTE

DATA

DATA SPEDIZIONE / TIPOLOGIA / UNITA' / SPAZIO RISERVATO

NUMERO PRODOTTORE

SPQ/ALTE

DATA