

# PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE DI 50 ml DI OLIO DI CANNABIS THC 1% (10 mg/ml)-CBD 1% (10 mg/ml)

## 1. REDAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO IN TRE COPIE

Una copia per il medico specialista, una copia per l'ATS di residenza dell'assistito e una copia per il MMG/PLS. La validità massima è di 6 mesi.

PIANO TERAPEUTICO			
La seguente preparazione (descrivere specificando il contenuto % di THC e/o CBD)			
<u>ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR THC 1% - CBD 1%</u>			
_____			
_____			
_____			
<b>Forma farmaceutica</b> (selezionare e completare)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Estratto in olio di oliva		
<input checked="" type="checkbox"/>	% Cannabis (g/100ml):	100	%
<input type="checkbox"/>	Flacone da ml:	50	ml
<input type="checkbox"/>	Numero totale flaconi/mese:	_____	flaconi
<input type="checkbox"/>	Cartine/capsule apribili da mg	_____	di cannabis
<input type="checkbox"/>	n. totali/mese =	_____	
<b>Modalità di Assunzione per via</b> (selezionare):			
<input checked="" type="checkbox"/>	Orale	<input type="checkbox"/>	Inalatoria
<b>Posologia:</b>			
<input type="checkbox"/>	Assumere n. _____	cartine/capsule apribili	_____ volte al giorno per via _____
			<input type="checkbox"/> orale
			<input type="checkbox"/> inalatoria
<input type="checkbox"/>	Assumere n. _____	gocce	_____ volte al giorno per via orale
<b>Terapia</b> (selezionare) <input type="checkbox"/> prima prescrizione <input type="checkbox"/> proseguimento terapia			
<b>DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE PIANO TERAPEUTICO</b> _____ / _____ / _____			
(Durata massima del Piano Terapeutico: 180 giorni)			
Timbro e firma (per esteso)			
_____			
N.B. Da compilare in triplice copia da parte del medico specialista autorizzato, di cui: una copia per il medico specialista, una copia per l'ATS di residenza dell'assistito e una copia per il MMG/PLS			

## 2. REDAZIONE DELLA PRIMA RICETTA MEDICA

Le successive potranno essere redatte dal medico di base.

Indicare in ricetta il dosaggio in mg di THC.

FAC SIMILE RICETTA 50 ml THC 1%-CBD 1%

**MR2991**  
COMUNE E NOVE DELL'ASSENTO (D'AZIONE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRETTO (OVI PRESCRITTO DALLA LEGGE)

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE LOMBARDIA**

NON ESIGIBILE CODICE ESERCIZIO RICEVUTO FIRMA AUTOCERTIFICANTE SULLA FARMACIA CODICE ASS.

**CANNABIS TERAPEUTICA ATC N02BG10**  
**R/ ESTRATTO DI CANNABIS FARMALABOR THC 1% - CBD 1% -50ml**  
**S/ ASSUMERE...ml AL MATTINO E...ml ALLA SERA**  
**PAZIENTE NON RISPONDENTE A MEDICINALI INDUSTRIALI DISPONIBILI IN COMMERCIO**

NUMERO DI NON ESIGIBILE  
SUGLI SUGLI ALTRI  
SOLA CUP  
SOLA CUP  
PRINCIPI DELLA PRESCRIZIONE

0 0 1  
NUMERO CONTIGUIE PRESCRIZIONI TIPO DI RICETTA DATA

ABCDEF  
TERZO E FINIVA DEL PROCO

DATA SPALICAZIONE TIPO DI NUTRIZIONE ESISTENTE

NUMERO PROGRESSIVO  
IMPONTE  
TOSTI  
SILE DIL GIBER  
ESTRO