

A.3 - PIANO TERAPEUTICO DELLA REGIONE DEL VENETO PER LA PRESCRIZIONE DI PREPARATI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS A CARICO DEL SSN	
Centro prescrittore (Unità Operativa)	
Azienda Sanitaria:	
Presidio Ospedaliero di:	
Medico prescrittore (nome e cognome):	
Recapito telefonico:	
e-mail:	

Nome e Cognome del/della paziente:
Data di nascita (giorno/mese/anno):
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ULSS/ASL di Residenza:
Regione:
Codice alfanumerico* identificativo del paziente _____ *ai sensi art. 5 comma 3 legge 94/98. Il codice deve essere così composto: codice identificativo del medico seguito dal numero progressivo. Il codice va utilizzato anche nei successivi rinnovi per il paziente medesimo.
Età del paziente _____ Sesso del paziente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Azienda ULSS di Residenza del paziente _____

SCHEDA DI ELEGGIBILITA' E DATI CLINICI

attestare (spuntando l'apposito spazio) che:

- Il paziente, al momento, non presenta disturbi psichiatrici
- Il paziente non è stato in terapia per patologie psichiatriche
- Il paziente, se donna, non è in gravidanza
- Il paziente ha sottoscritto il consenso informato
- E' stata effettuata un'anamnesi di patologie cardiovascolari e il paziente può essere messo in terapia con cannabinoidi
- Si attesta che il paziente è già stato trattato, per un tempo sufficiente, con altri farmaci prima di utilizzare i prodotti a base di cannabis.

Indicare l'impiego per cui si richiede la prescrizione:

- a) analgesia nel dolore cronico correlato a spasticità, di grado moderato severo (punteggio scala NRS \geq 5), non adeguatamente controllato con le terapie convenzionali, in pazienti con sclerosi multipla.
- b) analgesia nel dolore cronico correlato a spasticità, di grado moderato severo (punteggio scala NRS \geq 5), non adeguatamente controllato con le terapie convenzionali, in pazienti con lesione del midollo spinale.

Si attesta quanto segue (tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte):

1. Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per la spasticità è compreso tra 5 e 10 (indicare valore: _____) oppure Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per il dolore è compreso tra 5 e 10



e8ac4fbe



(indicare valore: _____)

2. Il paziente è già stato trattato con i seguenti farmaci:

baclofen orale tizanidina dantrolene eperisone tiocolchicoside

anticonvulsivanti antidepressivi cortisonici FANS oppioidi

ALTRO _____

3. Il paziente assumerà il prodotto a base di cannabinoidi in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

- c) analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno), di grado moderato severo (punteggio scala NRS \geq 5), non adeguatamente controllato dalle migliori terapie analgesiche farmacologiche a base di oppioidi con o senza adiuvanti e non farmacologiche oppure nei casi in cui le suddette terapie siano scarsamente tollerate.

Si attesta quanto segue (tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte):

1. Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per il dolore è compreso tra 5 e 10

(indicare valore: _____)

2. Il paziente è già stato trattato con le seguenti terapie:

anticonvulsivanti antidepressivi triciclici duloxetina FANS oppioidi cortisonici

terapie non farmacologiche _____

ALTRO _____

3. Il paziente assumerà il prodotto a base di cannabinoidi in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

- d) analgesia nel paziente oncologico sintomatico con dolore cronico di grado moderato severo (punteggio scala NRS \geq 5), non adeguatamente controllato, dalle migliori terapie analgesiche farmacologiche a base di oppioidi con o senza adiuvanti e non farmacologiche, oppure nei casi in cui le suddette terapie siano scarsamente tollerate.

Si attesta quanto segue (tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte):

Il paziente è sintomatico

1. Il punteggio alla scala NRS (Numerical Rating Scale) per il dolore è compreso tra 5 e 10

(indicare valore: _____)

2. Il paziente è già stato trattato con le seguenti terapie:

oppioidi deboli oppioidi forti

1° principio attivo usato dosaggio: mg/24 h;mcg/h

2° principio attivo usato..... dosaggio: mg/24 h;mcg/h

via di somministrazione..... (ev, os, sc, transmucosale)

3. Il paziente assumerà il prodotto a base di cannabinoidi in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

- e) effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;



e8ac4fbe



- f) effetto stimolante l'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard;
- g) effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- h) riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

Si attesta che il paziente è già stato trattato con altri farmaci prima di utilizzare i prodotti a base di cannabinoidi
 _ nel dettaglio il paziente è già stato trattato con i seguenti farmaci:
 specificare: _____
 _ il paziente assumerà il prodotto a base di cannabis in aggiunta al/i seguente/i farmaco/i:

PRESCRIZIONE
Schema terapeutico

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

Modalità di assunzione:

- orale come decotto o estratto
- inalatoria, tramite specifico vaporizzatore

Formulazione della preparazione magistrale:

- Preparato vegetale ripartito in: cartine buste filtro opercoli/capsule
- Estratto oleoso (concentrazione mg/ml)

Posologia in peso di cannabis:

Dose per singola somministrazione (in mg/ gocce): _____

Numero di somministrazioni/die: _____

Durata terapia (in mesi, fino al prossimo follow-up e comunque non superiore a 6 mesi): _____

TERAPIA **Prima prescrizione** **Prosecuzione terapia**

Data _____

Timbro e firma del clinico prescrittore

