



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE

Numero

Codice fiscale

Cognome e nome dell'assistito

INDICARE IL CODICE ALFANUMERICO DEL PAZIENTE (e NON il Cognome e Nome)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE

NON RIPORTARE IL CODICE FISCALE

1) TIPOLOGIA DI CANNABIS

2) FORMA FARMACEUTICA

3) QUANTITA' E POSOLOGIA (max 30 gg di terapia)

4) MOTIVAZIONE DELLA PRESCRIZIONE

5) METODICA DI ESTRAZIONE (in caso di estratto oleoso)

DATA DI PRESCRIZIONE

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE