



## ALLEGATO B alla Dgr n. 1428 del 15 settembre 2016

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE  
PER LA PRESCRIZIONE DI CANNABINOIDI A CARICO DEL SSR**

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:     M                     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  M  F

Azienda ULSS di Residenza del paziente \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI ELEGGIBILITA' E DATI CLINICI**

attestare (spuntando l'apposito spazio) che:

1. Il paziente, al momento, non presenta disturbi psichiatrici
2. Il paziente non è stato in terapia per patologie psichiatriche
3. Il paziente, se donna, non è in gravidanza
4. Il paziente ha sottoscritto il consenso informato
5. E' stata effettuata un'anamnesi di patologie cardiovascolari e il paziente può essere messo in terapia con cannabinoidi

**Indicare l'impiego per cui si richiede la prescrizione:**

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.

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*):

6. 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 (indicare valore: \_\_\_\_\_)

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

baclofen orale    tizanidina    dantrolene    eperisone    tiocolchicoside  
 anticonvulsivanti    antidepressivi    cortisonici    FANS    oppioidi    ALTRO

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

analgesia nel dolore neuropatico 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*):

6. Il punteggio alla scala NRS (*Numerical Rating Scale*) per il dolore è compreso tra 5 e 10 (indicare valore: \_\_\_\_\_)

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

anticonvulsivanti    antidepressivi triciclici    duloxetina    FANS    oppioidi    cortisonici  
 terapie non farmacologiche \_\_\_\_\_  
 ALTRO \_\_\_\_\_

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

analgesia nel paziente oncologico sintomatico con dolore cronico di grado moderato severo (punteggio scala NRS $>$ 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*):

6. Il paziente è sintomatico

7. Il punteggio alla scala NRS (*Numerical Rating Scale*) per il dolore è compreso tra 5 e 10 (indicare valore: \_\_\_\_\_)

8. 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 impiegato nello switching dosaggio: ... mg/24 h;..... mcg/h;

ragione del cambio.....

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

Terapia per Dolore Episodico Intenso (BTPc)

principio attivo ..... dose mg o mcg: .....

numero somministrazione die.....

via di somministrazione .....

*(si fa presente che per gli oppioidi non esiste un effetto tetto e che gli effetti collaterali sono ben controllabili e che a volte l'intensità o la frequenza degli episodi di BTPc si controllano o si riducono aumentando la dose degli oppioidi di base)*

anticonvulsivanti      antidepressivi      FANS      paracetamolo      cortisonici

terapie non farmacologiche \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE  
Schema terapeutico**

**Prodotto prescritto:**

Cannabis FM2 (THC 5% - 8%, CBD 7,5% -12%)      Cannabis FM19 (THC 19%)

Bediol\*      Bedrobinol\*      Bedrocan\*      Bedica\*      Bedrolite\*

Sativex\* 3 flac. Spray 10 ml

*\*prescrivibile a carico SSR finché non saranno disponibili i lotti di Cannabis prodotti dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, FM2 e FM19*

**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/die (in mg o puff): \_\_\_\_\_

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**

I follow-up da parte dello specialista sono previsti dopo 1, 3 e 6 mesi dall'inizio della terapia e, in seguito, ogni sei mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore

\_\_\_\_\_