



ALLEGATOC alla Dgr n. 1428 del 15 settembre 2016

SCHEDA PER LA RACCOLTA DEI DATI DEI PAZIENTI TRATTATI CON CANNABIS

(da compilare al momento della prescrizione e trasmettere all'Azienda ULSS territorialmente competente)

<u>Da compilare per prescrizioni effettuate da specialisti afferenti a struttura pubblica o privata accreditata:</u>
Centro prescrittore (Unità Operativa o Ambulatorio):
Azienda Sanitaria:
Presidio Ospedaliero o Struttura o Distretto:
Medico prescrittore (nome e cognome):
Specializzazione (specificare)
Tel:
e-mail:
<u>Da compilare per prescrizioni effettuate da Medico di Medicina Generale:</u>
Medico prescrittore (nome e cognome):
Tel:
e-mail:
Indirizzo ambulatorio o studio:
Azienda ULSS di riferimento:
Codice alfanumerico* identificativo del paziente _____ <i>*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.</i>
Età del paziente (anni) _____
Sesso del paziente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Azienda ULSS di Residenza del paziente _____

PRESCRIZIONE	
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*	
<i>prescrivibile a carico SSR finché non saranno disponibili i lotti di Cannabis prodotti dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, FM2 e FM19</i>	
Data inizio terapia	_ _ _ _ _ _ _
Durata terapia (giorni)	_ _
Posologia in peso di cannabis	
Dose/die _____	Numero di somministrazioni/die _____

Modalità di assunzione

- orale come decotto o estratto inalatoria tramite specifico vaporizzatore
 altro (*specificare titolo e dosaggio*)

Formulazione della preparazione magistrale

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

Esigenza di trattamento (*barrare la casella interessata*)

Indicazioni a carico SSR

- 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.
- c). 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.
- 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 che, per le indicazioni a carico SSR, è stato redatto il Piano Terapeutico (PT) redatto da parte dello specialista autorizzato operante nelle strutture pubbliche o private accreditate della Regione del Veneto

in data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicazioni con oneri a carico del cittadino

- analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore resistente alle terapie convenzionali in pazienti con sclerosi multipla (punteggio scala NRS $<$ 5);
- analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore resistente alle terapie convenzionali in pazienti con lesioni del midollo spinale (punteggio scala NRS $<$ 5);
- analgesia nel dolore cronico in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace (nei casi non rientranti nelle indicazioni di cui ai punti c) e d) a carico SSR);
- effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
- effetto stimolante dell'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;
- effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard;
- altro (specificare) _____

TERAPIA

- Prima prescrizione** **Prosecuzione terapia** **Sospensione terapia**

SEZIONE DA COMPILARE SOLO ALLA PRIMA PRESCRIZIONE

Terapia Convenzionale

- il trattamento precedente non ha prodotto gli effetti desiderati
- il trattamento precedente ha provocato effetti indesiderati non tollerabili
- il trattamento necessita di incrementi posologici che potrebbero superare la dose terapeutica
- altro (*specificare*) _____

Paziente già in trattamento con prodotti a base di cannabis

Prodotto _____

Posologia _____

Data dell'ultima assunzione di cannabis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Durata del trattamento < 6 mesi 6-12 mesi > 12 mesi

il trattamento ha migliorato la sintomatologia il trattamento non ha modificato la sintomatologia

il trattamento ha peggiorato la sintomatologia sono comparsi effetti indesiderati

MONITORAGGIO
(sezione da compilare obbligatoriamente per tutte le prescrizioni e in caso di sospensione)

Proseguimento della terapia sintomatologia migliorata sintomatologia stabile

Aderenza al trattamento: ottima buona scarsa

Ove applicabile, indicare punteggio della scala NRS (Numerical Rating Scale) per l'entità del dolore/spasticità: _____
Dopo il periodo di titolazione, si considera responder, e può quindi proseguire la terapia a carico del SSR, il paziente che ha ottenuto una riduzione almeno del 20% del punteggio della scala NRS, oppure il paziente affetto da dolore per il quale sia conseguita la riduzione degli effetti collaterali di altre terapie.

Sospensione della terapia sintomatologia peggiorata comparsi effetti indesiderati*
 sintomatologia stabile

Data sospensione terapia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Nel caso in cui si osservi una sospetta reazione avversa, si ricorda di compilare la scheda di segnalazione (Allegato B del DM 9.11.2015) scaricabile dal sito www.epicentro.iss.it/focus/erbe/fitosorveglianza.asp

Impiego attuale della cannabis sostituisce terapia convenzionale integra terapia convenzionale

Osservazioni del medico prescrittore

Data ____/____/____

Luogo _____

Timbro e firma del Medico prescrittore
