



Progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di *cannabis*

Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con *cannabis*

Regione _____

ASL _____

MEDICO PRESCRITTORE

Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo mail _____

☐ medico ospedaliero/specialista

☐ MMG

specializzazione (*specificare*) _____

PAZIENTE

Codice alfanumerico _____
(ai sensi art.5 comma 3 legge 94/98)

Età (anni)

Sesso ☐ M ☐ F

PRESCRIZIONE

☐ Cannabis FM2 ☐ Cannabis FM19 ☐ Importazione (*specificare*) _____

Data inizio terapia Durata terapia (*giorni*)

Posologia in peso di cannabis

Dose die _____

N. somministrazioni / die _____

Modalità di assunzione

☐ orale ☐ inalatoria

☐ altro (*specificare titolo e dosaggio*) _____

Esigenza di trattamento

- ☐ analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali
- ☐ analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace
- ☐ 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

Prosecuzione della terapia ☐ sintomatologia migliorata ☐ sintomatologia stabile

Sospensione della terapia ☐ sintomatologia peggiorata ☐ comparsi effetti indesiderati ☐ sintomatologia stabile

Data sospensione terapia

Impiego attuale della cannabis ☐ sostituisce terapia convenzionale ☐ integra terapia convenzionale

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

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

Osservazioni del medico prescrittore _____

Timbro SSN (*se convenzionato*)

Luogo _____ data | | | | | | | |

Istruzioni per la compilazione

Secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della salute 9 novembre 2015, al momento della prescrizione, il medico compila la Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con *Cannabis* e la invia alla ASL territorialmente competente secondo le indicazioni che le stesse Regioni forniranno.

Il medico prescrive la preparazione magistrale secondo la normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 5 della legge 94/98.