

*’*

**Progetto pilota statale per la cannabis
ad uso medico**

**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 Età *(anni)* sesso M F

(*ai sensi art.5 comma 3 legge 94/98)*

**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 indesideratisintomatologia 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.