

**A.4 – SCHEDA DELLA REGIONE DEL VENETO PER LA RACCOLTA DEI DATI DEI PAZIENTI TRATTATI
CON PREPARATI MAGISTRALI A BASE DI 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 _____ *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 (anni) _____										
Sesso del paziente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F										
Azienda ULSS di Residenza del paziente _____										
Data inizio terapia <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

PRESCRIZIONE											
Prodotto prescritto:											
Prodotto prescritto: (descrivere specificando il contenuto % di THC e /o CBD):											

Data prescrizione	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Durata terapia (giorni)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Posologia in peso di cannabis											
Dose per singola somministrazione _____	Numero di somministrazioni/die _____										



e8ac4fbe



Modalità di assunzione													
<input type="checkbox"/> orale come decotto o estratto	<input type="checkbox"/> inalatoria tramite specifico vaporizzatore												
Formulazione della preparazione magistrale													
<input type="checkbox"/> Preparato vegetale ripartito in:	<input type="checkbox"/> cartine	<input type="checkbox"/> buste filtro	<input type="checkbox"/> opercoli/capsule										
<input type="checkbox"/> Estratto oleoso (concentrazione mg/ml _____)													
Esigenza di trattamento (barrare la casella interessata)													
Indicazioni rimborsate													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> c) analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno), 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.													
<input type="checkbox"/> 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.													
<input type="checkbox"/> e) effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;													
<input type="checkbox"/> f) effetto stimolante l'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;													
<input type="checkbox"/> g) effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;													
<input type="checkbox"/> h) riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.													
Si attesta che, per le indicazioni a carico SSN, 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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
Indicazioni con oneri a carico del cittadino (specificare)													

TERAPIA	<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	<input type="checkbox"/> Sospensione terapia										



e8ac4fbe



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)

Prosecuzione 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: _____

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

