



# 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 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](http://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.