

Allegato "A"

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO
DI SPECIALITA' E/O PREPARATI GALENICI A BASE DI CANNABINOIDI**

Allegato "A"

Nome e Cognome	_____	(iniziali ove previsto)
Numero tessera sanitaria dell'Assistito	_____	Codice Fiscale _____
Data di nascita	___/___/___	Sesso M _____ ASL / Distretto Socio Sanitario Assistito _____
Comune di residenza dell'Assistito	_____	Provincia _____

- DIAGNOSI**
- l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistenti alla terapia tradizionale;
 - l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antiinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rilevato inefficace;
 - l'effetto anticinetosico e antiemetico nella nausea e vomito causati da chemioterapia , radioterapia, terapia per Hiv, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
 - l'effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici, affetti da Aids, e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
 - l'effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
 - la riduzione dei movimenti nella sindrome di Gilles de la Tourette;

Formulata in data _____

Medico Specialista⁽¹⁾ Dr./Prof. _____

Centro _____

Reparto _____

Day-hospital _____

Ambulatorio _____

Altro _____

--

Allegato "A"

Farmaco/Preparato galenico/Specialità _____

Forma farmaceutica _____

Preparato soggetto a DPR
309/90 e s.m.i – tabella dei
medicinali sez. B in
osservanza NBP (F.U.)

P.a _____

Eccipiente/i _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento⁽²⁾ _____

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore ⁽³⁾

Timbro del centro

-
1. Da redigere da parte degli specialisti in Neurologia, Oncologia, Medicina Interna, Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore, in triplice copia.
 2. Lo specialista prescrittore deve inviare una copia alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari di appartenenza del paziente e una al MMG per il tramite del paziente o suo delegato per la prescrizione su apposita ricetta non ripetibile (RNR) con quantitativo relativo a 30 giorni, secondo le modalità di somministrazione di cui all'art. 3 della legge regionale n. 2 del 12 febbraio 2014;
 3. Non oltre 6 mesi. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere un nuova scheda.
 4. I dati identificativi del Medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.