

Istituto Superiore di Sanità / Regione

Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con **Cannabis** - Versione.0 del 15 dicembre 2015

<p><u>Istruzioni per la compilazione:</u> 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 <i>Cannabis</i> e la invia alla Regione 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.</p>		
Luogo e data:		
Dati Medico (stampatello)	nome	
	Cognome	
	Timbro SSN, se convenzionato	
MEDICO prescrittore	medico ospedaliero	
	MMG	
	specialista (specificare):	
	altro.....	
Dati paziente		
codice alfanumerico paziente (ai sensi art.5 comma 3 legge 94/98) COD:		
sesso	M	
	F	
età	anni	
impiego	l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali	
	l'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	
	l'effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali	
	l'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	

segue impiego	l'effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali	
	la riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard	
	se ALTRO, <i>specificare</i> :	
Precedenti trattamenti		
trattamento precedente con terapia convenzionale	farmaco/i: posologia:	
specificare se:	il trattamento non ha prodotto gli effetti desiderati	
	il trattamento ha provocato effetti secondari non tollerabili	
	il trattamento necessita di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali	
	se ALTRO, <i>specificare</i>	
in caso di eventuale trattamento precedente con <i>cannabis</i> , specificare:	prodotto assunto: posologia: durata del trattamento: < 6 mesi - 6 < mesi < 12 - > 12 mesi	
osservazioni	specificare: (eventuale successo o insuccesso del trattamento, effetti collaterali, ecc.)	
l'impiego attuale della <i>cannabis</i>	sostituisce	
	integra	
Dati prescrizione		
prodotto	CANNABIS FM2	
	di importazione	
posologia	dose/die:	
	n. somministrazioni/die:	
modalità di assunzione	via orale (per os)	
	via inalatoria	

segue modalità di assunzione	altro, <i>specificare titolo e dosaggio:</i>
------------------------------	--

Esiti del trattamento con *cannabis* ad uso medico

aderenza al trattamento	ottima	
	buona	
	scarsa	

dopo 3 mesi di trattamento	miglioramento	
	inefficacia	
	peggioramento	

dopo 6 mesi di trattamento	miglioramento	
	inefficacia	
	peggioramento	

dopo 9 mesi di trattamento	miglioramento	
	inefficacia	
	peggioramento	

Osservazioni del medico prescrittore:	
---------------------------------------	--