**MOD. D – RICETTA NON RIPETIBILE**

per la prescrizione di *Cannabis Terapeutica* a carico del Servizio Sanitario Regionale

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Utilizzatore***: ( N.B. non indicare nome e cognome)

Cod. numerico/alfanumerico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prescrittore**:

Carta intestata con Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° iscrizione all’ordine dei medici° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***R/***

□Cannabis flos (THC 5-8% - CBD 7,5-12%) a) FM2 b) Bediol \*

□Cannabis flos (THC 19% - CBD <1%)

□Cannabis flos (THC 12% - CBD <1%)

□Cannabis flos (THC <0,4% - CBD 9%)

□ Cannabis flos (THC 14% - CBD <1%)

***F.S.A.***

una busta filtro da milligrammi \_\_\_\_\_\_\_ e di tali n° \_\_\_\_mese buste filtro (□ barrare in caso di dosaggio per 5 giorni)

una capsula/cartina da milligrammi \_\_\_\_\_\_\_ e di tali n° \_\_\_\_mese capsule/cartine (□ barrare in caso di dosaggio per 5 giorni)

un flacone da millilitridi estratto in olio di oliva (5g/50ml) \_\_\_\_\_\_\_ mese

Quantità totale cannabis milligrammi/mese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***S/***

* una busta filtro/cartina/capsula apribile\_\_\_\_\_\_\_ volta/e al giorno da assumersi in decozione per via orale(□ barrare in caso di dosaggio per 5 giorni)
* una busta filtro/cartina/capsula apribile \_\_\_\_\_\_\_ volta/e al giorno da assumersi per inalazione
* olio: n. \_\_\_\_\_di gocce \_\_\_\_\_\_\_ volta/e al giorno per via orale (sub-linguale)

*Esigenze particolari che motivano la prescrizione*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Timbro e Firma prescrittore**

*°dati auspicabili ma non obbligatori*

*\*se non specificato per i nuovi pazienti l’erogazione a carico del SSR sarà con Cannabis FM2*