

PRESCRIZIONE DI PREPARAZIONI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS Ricetta Non Ripetibile – RNR

Prescrittore:

Cognome e nome _____

N° iscrizione all'ordine dei medici _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Luogo e Data _____

Paziente: _____(Indicare Cod. numerico/alfanumerico del Piano terapeutico SANIARP)
(NO Cognome e nome – NO codice fiscale)

R/

Cannabis infiorescenze con elevato contenuto di THC (THC 17-26%, CBD <1%)***Cannabis infiorescenze con medio contenuto di THC (THC 12-16%, CBD < 1%)*****Cannabis infiorescenze con contenuto simile di THC e CBD (THC 5-8%, CBD 6-12%)*****Cannabis infiorescenze con elevato contenuto di CBD (CBD 8-10% THC < 1%) ****(* L'indicazione del marchio di cannabis non è obbligatoria ma è raccomandata quando il medico voglia prescrivere una specifica varietà di una specifica provenienza.)*

F.S.A.

- Una cartina/busta filtro/ **da.....mg** e di tali n°cartine/buste filtro
- Estratto in(indicare il solvente di estrazione).....**mg/ml (infiorescenze di cannabis/solvente)** di tali.....ml

S/

- Assumere n° cartina/busta filtro n°volta/e al giorno per via orale come decotto
 - Assumere n° busta/cartina n°volta/e al giorno per via inalatoria con apposito vaporizzatore
 - Assumere una quantità di estratto corrispondente amg di THC e/o di CBD n° volta/e al giorno per via orale/sublinguale
- (*) il farmacista indicherà in etichetta la quantità (gocce e/o ml) di estratto da assumere in funzione del titolo di THC e/o CBD del preparato allestito.

Motivazione della prescrizione:

- **Medicinale industriale non in commercio**
- **Paziente non responsivo alle terapie convenzionali**

Timbro e firma identificabile del medico
Codice Regionale del medico☐
☐
☐
☐