

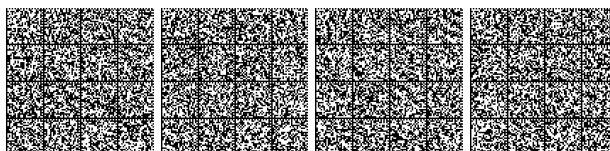
Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale SATIVEX (delta-9-tetraidrocannabinolo e cannabidiolo)

La prescrivibilità di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione di rispettiva pertinenza (Centri specialistici Sclerosi Multipla) e specialisti neurologi.

Indicazioni terapeutiche: Sativex è indicato come trattamento per alleviare i sintomi in pazienti adulti affetti da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non hanno manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici e che hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi associati alla spasticità nel corso di un periodo di prova iniziale della terapia.

Centro prescrittore :	
Azienda Sanitaria: _____	
Unità Operativa Richiedente: _____	Data: ____/____/____
Paziente (nome, cognome): _____	
Data di nascita: ____/____/____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____	
Residenza: _____	
ASL di Residenza: _____	Provincia: _____ Regione: _____
Medico curante: _____	

Diagnosi				
<i>Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave [Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 4-10] dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.</i>				<input type="checkbox"/>
<i>Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 4-10</i>				<input type="checkbox"/>
<i>Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici</i>				<input type="checkbox"/>
Indicare quali: <input type="checkbox"/> baclofen orale				
<input type="checkbox"/> tizanidina				
<input type="checkbox"/> dantrolene				
<input type="checkbox"/> eperisone				
<input type="checkbox"/> tiocolchicoside				
<input type="checkbox"/> altro, specificare: _____				
	Basale	Prima Rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattamento)**	Seconda Rivalutazione (14 settimane dopo l'inizio del trattamento)	Controllo semestrale (rivalutazioni successive alla seconda)
Numerical Rating Scale (NRS) per la spasticità (0-10)				



**** In assenza di un miglioramento di almeno il 20% dei sintomi associati alla spasticità utilizzando una scala di autovalutazione del paziente da 0 a 10 dopo le prime 4 settimane di trattamento il farmaco deve essere sospeso.**

Successivamente alla seconda prescrizione (da effettuarsi 14 settimane dopo l'inizio del trattamento), la necessità di continuare il trattamento deve essere rivalutata a intervalli semestrali nel corso della terapia.

Specificare se:

- inizio terapia**
 prosecuzione terapia **Data di inizio terapia con Sativex: ___ / ___ / ___**

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco Prescritto: Sativex (delta-9-tetraidrocannabinolo e cannabidiolo)

Posologia: **Periodo di titolazione:** Si richiede un periodo di titolazione per ottenere la dose ottimale. Il numero e la frequenza delle applicazioni dello spray variano da paziente a paziente.

Periodo di mantenimento: Numero di applicazioni totali/ die: _____

Numero di applicazioni spray mattutine: _____

Numero di applicazioni spray serali: _____

La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Una nuova Scheda cartacea deve essere compilata in occasione di ogni rivalutazione.

La prima rivalutazione va effettuata 4 settimane dopo l'inizio del trattamento.

La seconda rivalutazione va effettuata 14 settimane dopo l'inizio del trattamento.

Per le rivalutazioni successive alla seconda, specificare la durata prevista per il trattamento: _____

NOTA BENE: La validità della Scheda di Prescrizione Cartacea non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione.

Nome e cognome del Medico Prescrittore*: _____

Recapiti del Medico: _____

* La prescrivibilità di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione di rispettiva pertinenza (Centri specialistici Sclerosi Multipla) e specialisti neurologi.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

