## PROUA PRATICA N. S



Specificare se:

inizio terapia

prosecuzione terapia

Data di inizio terapia con Sativex\*: 5 / 4 / 2019

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:^6  Numero di applicazioni spray mattutine:3  Numero di applicazioni spray serali:3				

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 del trattamento: 🔼 🛧 N N O

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

Data valutazione. 201071 2010

Timbro e firma del medico prescrittore

<sup>&</sup>lt;sup>^</sup>Le confezioni contengono 3 flaconi ciascuna per un totale di 270 applicazioni.

## PROUA PRATICA N. 1

## Regione Emilia Romagna

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

Scheda regionale per la prescrizione dell'associazione Δ-9-tetraidrocannabinolo e cannabidiolo (Sativex<sup>®</sup>)

La compilazione della Scheda regionale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna (Centri specialistici Sclerosi Multipla)

La Scheda regionale funge da piano terapeutico regionale per il MMG. Va consegnata al paziente in formato cartaceo e deve essere presentata, unitamente alle singole prescrizioni su ricetta cartacea effettuate dallo specialista o dall'MMG ai fini della erogazione del farmaco.§

Indicazioni terapeutiche: "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:   AUSL DELLA ROMAGNA   Acienda Sanitaria:   AUSL DELLA ROMAGNA   Acienda Sanitaria:   AUSL DELLA ROMAGNA   Data: 20 / 07 / 7000									
Document   MEDICINA   NTERNA   Data: 20   07   7000									
Nome e cognome del Medico prescrittore: NERI SIMONE Tel.:  Paziente (nome, cognome): BIANCHI SARA  Data di nascita: 16 / 3 / 1912 Sesso: M   FX C.F. o Tessera Sanitaria Assistito:  Comune di nascita: FORLI Estero    Residenza: VIA VENDI 6 Regione: ER Provincia: FC  ASL di Residenza: ROHAGNA Medico di Medicina Generale: ROMA LUCA  Diagnosi  Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  Punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:	Azienda Sanitaria: HOSE DECLA KOTAGNA								
Paziente (nome, cognome): BIANCHI SARA  Data di nascita: 16 / 3 / 1912 Sesso: M□ FX C.F. o Tessera Sanitaria Assistito:   Comune di nascita: FONLI Estero□  Residenza: VIA VENDI 6 Regione: ER Provincia: FC  ASI di Residenza: ROHAGNA Medico di Medicina Generale: ROMA Medico di Medicina Generale: ROMA Medico di Medicina Generale: ROMA Negionesi  Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  X  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:  X baclofene orale	U.O. Richiedente: MEDICINA NTERNA Data: 20107170								
Data di nascita: 6 / 3 / 1912 Sesso: M   FX C.F. o Tessera Sanitaria Assistito:	Nome e cognome del Medico prescrittore: NERI SIMONE Tel.:								
Comune di nascita: FONLI Estero   Residenza: VIA VEIDI 6 Regione: ER Provincia: FC  ASL di Residenza: ROHAGNA Medico di Medicina Generale: ROM LUCA  Diagnosi  Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:  X baclofene orale o eperisone o tizanidina o tiocolchicoside o altro, specificare:  Basale 1º rivalutazione (14 settimane dopo l'inizio del trattam.)  Punteggio sulla Numerical Rating Scale 1	Paziente (nome, cognome): BIANCHI SARA								
Residenza: VIA VEIDI 6 Regione: ER Provincia: FC  ASL di Residenza: ROHAGNA Medico di Medicina Generale: ROMA Medico di ROMA Medico di Medico di ROMA Medico di Medico di Medico di Medi	Data di nascita: 16/3/1942 Sesso: M 🗆 F C.F. o Tessera Sanitaria Assistito:								
Diagnosi  Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:	Comune di nascita: FORLI Estero 🗆								
Diagnosi  Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:    baclofene orale	Residenza: VIA VENDI 6 Regione: ER Provincia: FC								
Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:  baclofene orale  tizanidina  tizanidina  dantrolene  Basale  1º rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale  1º rivalutazione (14 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale	ASL di Residenza: ROHAGNA Medico di Medicina Generale: ROSA LUCA								
manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.  punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:    baclofene orale	Diagnosi								
punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10  Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:  baclofene orale o tizanidina o tiocolchicoside o dantrolene  Basale  1° rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale  7	Paziente adulto affetto da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non ha								
Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici Indicare quali:    baclofene orale	manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici.								
Indicare quali:    baclofene orale	punteggio sulla Numerical Rating Scale (NRS) per la Spasticità compreso tra 5 e 10								
baclofene orale o tizanidina o tiocolchicoside o dantrolene  Dasale  1° rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale  0 eperisone o tiocolchicoside o altro, specificare:  2° rivalutazione (14 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Funteggio sulla Numerical Rating Scale	Paziente già in trattamento con altri medicinali antispastici								
o tizanidina o dantrolene  o dantrolene  o altro, specificare:  Basale  1° rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale  1	, ·								
o dantrolene  o altro, specificare:  1° rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale  1° rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  L'inizio del trattam.)  F	, <b>,</b>	•							
Basale 1° rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)** 1° rivalutazione (14 settimane dopo l'inizio del trattam.)** 1° rivalutazione (14 settimane dopo semestrale (riv. successive alla 2°)									
Basale (4 settimane dopo l'inizio del trattam.)** (14 settimane dopo l'inizio del trattam.)**  Punteggio sulla Numerical Rating Scale 4 5 5 5	o dantrolene	o altro, specificare:							
Punteggio sulla Numerical Rating Scale  1'inizio del trattam.)**  1'inizio del trattam.)  5 successive alla 2°)  5 5					Controllo				
Punteggio sulla Numerical Rating Scale 1 5 5		Basale	l '	1 '	1	į.			
	Puntaggio culla Numarical Pating Scale		i inizio dei trattam.)**	l'inizio dei trattam.)	successive alla	1 2°)			
		7	5	5	5				

Successivamente alla 2° rivalutazione (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.

<sup>\*\*</sup>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.

<sup>&</sup>lt;sup>§</sup> Sativex<sup>®</sup>: classe di rimborsabilità H; farmaco stupefacente (Tabella medicinali sez. B di cui al DPR 309/90 e succ. mod.) con obbligo di registrazione nel registro entrata e uscita stupefacenti. L'erogazione può avvenire solo attraverso i punti di distribuzione diretta delle Farmacie Ospedaliere. Ad ogni singola dispensazione può essere consegnato un quantitativo sufficiente a coprire al massimo un mese di terapia.