



**MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE SERVIZIO  
SANITARIO REGIONE CAMPANIA**

<b>MEDICO PRESCRITTORE (NOME E COGNOME):</b>	
<b>CODICE PRESCRITTORE (CODICE REGIONALE):</b>	
<b>AZIENDA DI APPARTENENZA DEL MEDICO PRESCRITTORE.:</b>	
<b>CODICE STRUTTURA:</b>	
<b>DICHIARA CHE IL PAZIENTE CON:</b>	
<b>CODICE ALFANUMERICO</b>	
<b>CODICE FISCALE PAZIENTE:</b>	
<b>A.S.L. DI APPARTENENZA:</b>	
<b>DISTRETTO DI APPARTENENZA:</b>	

DIAGNOSI			
ICD9			
PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA/DIE
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 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.*

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE CON CODICE

\_\_\_\_\_

PRIMA PRESCRIZIONE

PROSECUZIONE

Assunzione per via:

ORALE

INALATORIA

DURATA CICLO TERAPEUTICO (GG):

PER (MAX 6 MESI):

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE CON CODICE

---

**PARTE DA COMPILARE A CURA DELLA FARMACIA EROGANTE:**

DATA di DISPENSAZIONE	MEDICINALE ALLESTITO (Principio Attivo e Forma Farmaceutica allestita)	QUANTITA' IN UNITA' mg/ml (Cannabis/solvente) N.unità/dose unitaria	TIMBRO FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA del PAZIENTE/ACQUIRENTE

DATA