



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

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

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