

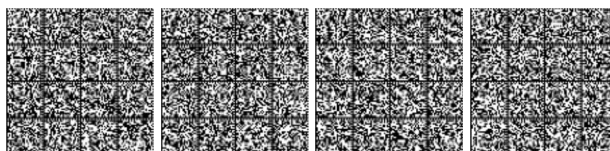
**Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale SATIVEX (delta-9-tetraidrocannabinolo e cannabidiolo)**

**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.

<b>Centro prescrittore :</b>	
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: _____	

<b>Diagnosi</b>				
<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: _____				
	<b>Basale</b>	<b>Prima Rivalutazione (4 settimane dopo l'inizio del trattamento)**</b>	<b>Seconda Rivalutazione (14 settimane dopo l'inizio del trattamento)</b>	<b>Controllo semestrale ( rivalutazioni successive alla seconda)</b>
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**  
 **proseguimento 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**

