

Sativex® (THC/CBD)

Richiesta di garanzia di assunzione delle spese per il trattamento iniziale

Indicazione di Swissmedic (estratto): Sativex è utilizzato per migliorare la sintomatologia nei pazienti affetti da spasticità da moderata a grave conseguente a sclerosi multipla (SM) che non hanno risposto in maniera adeguata ad un'altra terapia farmacologica antispastica e che hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi associati alla spasticità durante un tentativo iniziale di trattamento. (Vedere anche Swissmedicinfo).

Dati del paziente:

Cognome: Nome: Data di nascita:

Sesso: ♀ ♂ Via: Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Assicuratore: N. assicurato:

Indirizzo dell'assicuratore: Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Richiesta:

Il paziente è affetto da sclerosi multipla con spasticità da moderata a grave. Si richiede l'assunzione dei costi di Sativex®. Se, in seguito a un tentativo iniziale di terapia, non vi sarà risposta a Sativex®, la terapia sarà interrotta. Il tentativo iniziale di terapia richiede di norma una confezione ovvero al massimo due mesi.

Sintomatologia attuale: Data dell'esame:

Grado di spasticità prima dell'inizio della terapia con Sativex®:

Precedenti terapie farmacologiche antispastiche:

Motivo del passaggio a Sativex®:

il paziente non risponde più al trattamento antispastico impiegato finora

intollerabilità di un altro trattamento antispastico, poiché:

Valutazione dei principali sintomi di spasticità da parte del medico (Numeric Rating Scale NRS):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1: nessun aumento del tono muscolare / 10: spasticità grave)

Modified Ashworth Scale/indicare il muscolo interessato:

0 1 2 3 4 5 (0: nessun aumento del tono muscolare / 5: rigidità delle aree interessate)

Daily Mean Spasm Score:

Grado 0: nessuno spasmo
 Grado 1: spasmi causati da stimolazione
 Grado 2: spasmi < 1/ora
 Grado 3: spasmi > 1/ora
 Grado 4: spasmi > 10/ora

Altri sintomi di spasticità:

Dolori si no
Disturbi del sonno si no
Riduzione della funzionalità vescicale si no

Note:

Medico:

Cognome:

Nome:

Via:

NPA:

Località:

Tel.

Fax:

E-mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:

Reparto:

Data:

(Vedere anche [Swissmedicinfo](#).)