

Data: ___ / ___ / _____

MEDICO RICHIEDENTE: Dr. _____

NOME PAZIENTE: _____

Patologia: _____

NOME COMMERCIALE: _____ Cannabis Flos
FORMA FARMACEUTICA: Materiale vegetale essiccato e trattato con raggi gamma,
in flaconi sigillati sterili

N° _____ confezioni da 5 grammi di _____

POSOLOGIA PRESCRITTA: _____ gr al dì da assumere per via orale o per via polmonare

DICHIARAZIONE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Il sottoscritto Dr. _____

Dichiara che il medicinale:

- è regolarmente registrato nel paese di provenienza;
- non è sostituibile con altri medicinali registrati in Italia e non sono disponibili al momento alternative terapeutiche
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità per un (1) paziente già individuato, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente stesso o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà e che le generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato saranno in possesso dello scrivente medico curante;

IL MEDICO CURANTE
(firma e timbro personale)