

## PIANO TERAPEUTICO

Cognome e nome del paziente ( sigla alfanumerica ): .....

Codice fiscale: .....

Data di nascita: ...../...../.....

ASL appartenenza: .....

Provincia: .....

Regione: .....

Diagnosi:

.....  
.....  
.....

formulata in data: .....

Medico specialista: .....

Centro specialistico: .....

### **Programma terapeutico:**

Cannabis flos 19% THC ( Bedrocan)

Una cartina da mg. ....

Numero cartine totali = .....

Quantità totale mg. ....

Posologia: .....

Assunzione per via:

orale

inalatoria

Durata del trattamento mesi .....

Data:

timbro struttura