



Modulo d'iscrizione alla lista AMICI USUFRUITORI dell'Associazione LAPIANTIAMO

(si prega di scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a Nome Cognome

Data di Nascita Indirizzo

Documento d'identità (carta d'identità, patente, passaporto)

Telefono Cellulare

E-mail

Se minorenni rappresentato da uno dei genitori

Nome e cognome del genitore

Codice Fiscale del genitore

Con la presente dichiara:

- a) che gli/le hanno diagnosticato una patologia per la quale, con l'uso terapeutico della canapa, sono stati riscontrati benefici.
- b) di voler partecipare volontariamente come Amico Usufruitore dell'Associazione Lapiantiamo Cannabis Social Club: _____(indicare **SI** o **NO**)
- c) di impegnarsi a rispettare il Regolamento interno, i fini sociali e le decisioni del Direttivo Lapiantiamo.

***N.B.: Allegare documentazione medica che attesti la patologia, una fotocopia del documento di identità e un breve riassunto della storia clinica (farmaci e percorsi terapeutici intrapresi dalla diagnosi ad oggi)**

Data e luogo _____ Firma _____

Autorizzazione dei dati personali

Il/La sottoscritto/a in relazione alla vigente normativa in materia di tutela dei dati personali autorizza espressamente l'Associazione "LAPIANTIAMO": a) al trattamento e/o all'utilizzo dei dati personali forniti nel corso dell'iscrizione all'Associazione sia per le finalità connesse all'espletamento di tutte le attività amministrative e contabili conseguenti e necessarie all'iscrizione all'Associazione stessa, sia per l'adempimento delle attività connesse; b) al trattamento e/o utilizzo dei dati personali forniti per finalità connesse ad attività commerciali, a ricerche di mercato e a studi statistici; c) alla trasmissione dei dati personali forniti o raccolti nel corso del rapporto contrattuale a società specializzate nel trattamento e/o utilizzo dei dati personali stessi, per finalità scientifiche, didattiche e/o divulgative.

Data,/...../..... Letto, approvato e sottoscritto _____

Autorizzazione all'uso delle immagini e del ritratto:

Il/La sottoscritto/a prendo atto del fatto che nel corso di tutte le varie attività dell'Associazione "LAPIANTIAMO" potranno essere realizzati dei filmati o riprese delle immagini fotografiche ove potrà essere presente la mia immagine singolarmente, ovvero insieme ad altri frequentatori delle varie attività dell'Associazione

Autorizzo fin d'ora l'uso delle immagini nel rispetto della finalità divulgativa delle attività e della pubblicizzazione dell'Associazione "LAPIANTIAMO".

Data,/...../..... Letto, approvato e sottoscritto _____

RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo accetta la richiesta sopra riportata e attribuisce al richiedente la qualifica di AMICO LAPIANTIAMO [tessera numero]

Data, / / (Firma)



LapianTiamo

Cannabis Social Club, Racale (Lecce)

<http://www.lapiantiamo.it/>

info@lapiantiamo.it

LapianTiamo è un'Associazione No Profit che per la prepotente urgenza dei malati promuove l'uso terapeutico della canapa medicinale attraverso la coltivazione e l'approvvigionamento ai pazienti affetti da patologie trattabili con Cannabis terapeutica. Forniamo supporto informativo e morale ai malati che devono convivere quotidianamente con i sintomi di malattie gravi e - con l'aiuto del nostro comitato medico-scientifico - incentiviamo attività di ricerca sui vantaggi della Cannabis medicinale. LapianTiamo è un'Associazione fondata (e in gran parte formata) da malati e per aiutare malati, ma si rivolge a tutti; ognuno può fare la differenza!

Parte del nostro progetto è dedicato a colmare il divario tra pazienti e medici in quanto molta disinformazione è ancora presente nell'ambito medico-ospedaliero riguardo la Cannabis terapeutica, le patologie (diverse e numerose) per le quali è indicata e la posologia da consigliare al paziente.

Per queste ragioni abbiamo elaborato un questionario dedicato ai pazienti, in cui attraverso semplici domande è possibile descrivere la propria situazione clinica da sottoporre al nostro comitato medico-scientifico.

Questo servizio di consulenza medico-scientifica è rivolto a tutti i pazienti che necessitano di maggiori chiarimenti in merito al farmaco Cannabis e a tutti i medici come punto di partenza e stimolo ad aggiornarsi sulle terapie a base di Cannabis.

Avendo una buona conoscenza dell'argomento Cannabis terapeutica, sia da parte dei pazienti che da parte dei medici, sarà possibile velocizzare ed ottimizzare l'inizio delle terapie creando un database (legge sulla privacy) dove raccogliere e confrontare i diversi casi che ci verranno sottoposti.

RingraziandoVi per la Vostra collaborazione speriamo di poter offrire un servizio sempre migliore al fine di rendere la Cannabis terapeutica una realtà affermata anche in Italia.

Il questionario è suddiviso in **5 sezioni** :

- A)** Domande generali
- B)** Domande sulle condizioni clinico - mediche
- C)** Domande sullo stile di vita
- D)** Domande su precedenti esperienze con la Cannabis
- E)** Eventuali annotazioni del paziente



ASSOCIAZIONE LAPIANTIAMO _ QUESTIONARIO 1-A

A) Domande generali

Sesso	M	F
Età		
Peso		
Altezza		

B) Domande sulle condizioni clinico-mediche*

Patologia, malattia o disturbo:

Vi è stata prescritta fisioterapia o necessitereste di riabilitazione?:

Se ne siete in possesso indicate il vostro valore in eventuali scale cliniche (EDSS,MMSE,UPDAS,MIDAS,NIH,etc.)
Scala clinica - Valore:

Breve riassunto della situazione clinica:

**se disponibili allegare eventuali analisi o certificazioni mediche*

Farmaci attualmente in uso:

Problemi ad altri organi o altri tipi di disturbi:

C) Domande sullo stile di vita

Breve descrizione della dieta quotidiana:

Se è svolta, quale tipo di attività fisica:

Se è svolto, quale tipo di lavoro:

D) Domande su precedenti esperienze con la Cannabis

1. Avete mai assunto cannabis nella vostra vita e se sì da quanto tempo ne fate uso terapeutico?

2. Come reputate la vostra conoscenza sui principi attivi di questa pianta?

3. Quali e quanti metodi conoscete per assumere farmaci cannabinoidi?

4. Se avete risposto SI alla prima domanda, quali metodi di assunzione preferite?

5. Avete difficoltà a trovare medici prescrittori, farmacie o gli stessi farmaci cannabinoidi? Quali sono i maggiori ostacoli che incontrate?

6. Avete mai assunto uno di questi farmaci cannabinoidi?

SI **NO**

	SI	NO
Bedrocan		
Bediol		
Bedica		
Bedrobinol		
Sativex		
Altro farmaco cannabinoide...		

E) Eventuali annotazioni del paziente

LE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL PRESENTE QUESTIONARIO 1-A SONO RISERVATE. LA DIFFUSIONE, DISTRIBUZIONE E/O COPIATURA DEL DOCUMENTO TRASMESSO DA PARTE DI QUALSIASI SOGGETTO DIVERSO DAL DESTINATARIO SONO VIETATE (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123)

LUOGO E DATA

FIRMA PER ESTESO