

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Scheda per piano terapeutico con oppiacei transdermici

Dati anagrafici del paziente

CF

Reparto

Dolore : **oncologico** **non oncologico**

➤ Ai fini della dispensazione deve essere presente almeno una delle seguenti condizioni:

È presente impossibilità alla deglutizione/transito	Sì	No
È presente vomito	Sì	No
È presente malassorbimento intestinale/occlusione	Sì	No

Il paziente è già in cura con oppiaceo per os	Sì	No	
Se sì, utilizza	Cpr	Sciroppo	Altra formulazione: _____
Quale è il dosaggio/kg/die utilizzato			
Da quanto tempo il paziente utilizza tale farmaco			
Sono stati impiegati adiuvanti in associazione	Sì	No	Quali:
Il paziente è già in cura con un oppiaceo transdermico	Sì	No	Quale:
Quale è il dosaggio utilizzato			
Attualmente il valore massimo di VAS è			

Indicare l'oppiaceo transdermico che si intende prescrivere:

Dosaggio:

Durata prevista del trattamento :

Data

Firma del medico