



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON SATIVEX®**

**DATOS IDENTIFICATIVOS**

Hospital			
Médico			
Especialidad		Nº colegiado	
Paciente			
Edad		Nº Historia clínica	
Diagnóstico			

**RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA**


**Tratamientos anteriores para la misma indicación**

Medicamento	Posología	Duración	Motivo de abandono

**Tratamiento farmacológico utilizado en la actualidad**

Medicamento	Posología	Observaciones

**Indicación de tratamiento** (marcar lo que proceda)

**Posología propuesta**

1	<input type="checkbox"/>	Dolor neuropático en esclerosis múltiple	
2	<input type="checkbox"/>	Dolor neuropático crónico de otras etiologías	
3	<input type="checkbox"/>	Espasticidad en esclerosis múltiple	
4	<input type="checkbox"/>	Síndrome de anorexia caquexia	
5	<input type="checkbox"/>	Otras indicaciones	

**¿Presenta el paciente alguna de las situaciones que se describen?** (marcar lo que proceda)

<input type="checkbox"/>	Alergia conocida o sospechada a cannabinoides, propilenglicol, etanol o aceite de pastilla de menta	<input type="checkbox"/>	Historial de esquizofrenia o desorden psicótico
<input type="checkbox"/>	Deterioro hepático o renal significativo	<input type="checkbox"/>	Hombre que intenta tener descendencia
<input type="checkbox"/>	Patología cardiovascular (enfermedad isquémica, arritmias, hipertensión poco controlada o colapso cardíaco grave)	<input type="checkbox"/>	Mujer embarazada o lactante
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mujer con potencial de quedar embarazada y que no utiliza método contraceptivo fiable

**Observaciones**


(A rellenar por la DGRS) Adjunta el consentimiento informado del paciente

Sí

No

Fecha \_\_\_\_\_

Fdo.: El médico

Fdo. Conforme Dirección Médica