|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA | | | | | | | | | | |
| PERFIL DO PACIENTE | | | | | | | | | | |
| Unidade de Saúde: | | | | Data e horário da 1ª consulta: | | | | | | |
| Origem: | | | | Local de atendimento: [ ] Consultório [ ] Domicílio | | | | | | |
| Nome do paciente: | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento: Idade: | | | | Gênero: [ ] Masculino [ ] Feminino | | | | | | |
| Escolaridade: | | | | Ocupação: | | | | | | |
| Telefone: | | | | Peso:Altura: IMC: | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | |
| Com quem mora? | | | | | | | | | | |
| Limitações: [ ] Nenhuma [ ] Locomoção [ ] Fala [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras: | | | | | | | | | | |
| Autonomia na gestão dos medicamentos:  [ ] Toma medicamentos sem assistência [ ] Necessita de lembretes ou de assistência [ ] Incapaz de tomar sozinho | | | | | | | | | | |
| Tem cuidador? [ ] Não [ ] Sim | | Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Locais de armazenamento dos medicamentos em casa: | | | | | | | | | | |
| HISTÓRIA SOCIAL | | | | | | | | | | |
| Bebidas alcoólicas: [ ] Não [ ] Sim. Qual (is)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quantidade ingerida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequência de uso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Tabaco (cigarro, charuto, narguile): [ ] Não [ ] Fumava, mas parou há \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Sim  Qual(is)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quantidade / dia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anos de uso \_\_\_\_\_\_\_ Anos / maço: \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Exercício físico: [ ] Não [ ] Sim. Tipo de atividade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Duração: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sente algum incômodo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos): | | | Rotina (horários e observações importantes) | | | | | | | |
| Acorda | | Café | Lanche | Almoço | Lanche | Jantar | Dormir |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| ACESSO AOS MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | |
| Setor público | Setor privado | | | Quanto gasta com medicamentos mensalmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dificuldades de acesso: [ ] Não [ ] Sim:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| [ ] Unidades de saúde  [ ] Rede Farmácia Popular  [ ] F. comunitária pública  [ ] F. especial / ambulatorial | [ ] Farmácias privadas  [ ] Farmácias magistrais  [ ] Programa “Aqui tem Farmácia Popular” | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS** | | |
| **Problemas de saúde do paciente** | **Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença**  **Fazer HDA quando houver queixas** (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados) | **Estado Clínico Atual \*** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

|  |  |
| --- | --- |
| **PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE** | |
| **Nota:** | **Motivo:** |
| **QUALIDADE DE VIDA** | |
| **Nota:** | **Motivo:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FARMACOTERAPIA ATUAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Princípio ativo / Concentração** | **Posologia Prescrita** | **Origem da prescrição** | **Para que você utiliza?** | **Posologia utilizada** | | | | | | | | | | **Tempo de uso** | **Como funciona p/ você? \*** |
| Café | | Almoço | | Lanche | | Janta | | HD | SN |
| A | D | A | D | A | D | A | D | - | - |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADESÃO AO TRATAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | |  |
| O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| **ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim**  Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamento** | | **Muito** | | | **Um pouco** | | **Muito pouco** | | **Nunca** | | **De que forma incomoda?** | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
| **ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim** | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] Dor de cabeça   1. [ ] Coceira / Urticária 2. [ ] Problemas de sono 3. [ ] Problema gastrointestinal | | | [ ] Tontura / Desequilíbrio  [ ] Incontinência / Problema urinário  [ ] Problema sexual | | | | | | | | | [ ] Dor muscular   1. [ ] Fadiga / Cansaço 2. [ ] Mudança no humor | | | |
| **AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quanto é difícil para você:** | | | | **Muito difícil** | | | | **Um pouco difícil** | | **Nada difícil** | | | **Comentário**  **(Qual medicamento)** | | |
| Abrir ou fechar a embalagem | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Lembrar de tomar o medicamento | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Conseguir o medicamento | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| **TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.:acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Terapia alternativa** | **Indicação** | | | | | **Frequência de utilização** | | | | | | | | **Modo de preparo / utilização** | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **ALERGIAS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Alergias conhecidas** [ ] Não [ ] Sim: | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA** | | **MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)** |
| **PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado  Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida  Prescrição em subdose  Prescrição em sobredose  Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada  Frequência ou horários de administração prescritos inadequados  Duração do tratamento prescrita inadequada  Interação medicamento-medicamento  Interação medicamento-alimento  Condição clínica sem tratamento  Necessidade de medicamento adicional  Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva  Outros problemas de seleção e prescrição |  |
| **ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente  Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente  Técnica de administração do paciente incorreta  Forma farmacêutica ou via de administração incorreta  Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária  Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta  Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente  Continuação indevida do medicamento pelo paciente  Redução abrupta de dose pelo paciente  Paciente não iniciou o tratamento  Uso abusivo do medicamento  Automedicação indevida  Outros problemas de administração ou adesão não especificados |  |
| **ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] [ ] | Dispensação de medicamento incorreto  Dispensação de dose incorreta  Dispensação de forma farmacêutica incorreta  Dispensação de quantidade incorreta  Medicamento em falta no estoque (não dispensado)  Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados |  |
| **DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Omissão de medicamento prescrito  Medicamentos discrepantes  Duplicidade terapêutica entre prescrições  Doses discrepantes  Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes  Duração de tratamentos discrepantes  Outras discrepâncias não especificadas |  |
| **PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Desvio de qualidade aparente  Uso de medicamento vencido  Armazenamento incorreto  Outros problemas relacionados à qualidade |  |
| **MONITORAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ] | Necessidade de monitoramento laboratorial  Necessidade de monitoramento não laboratorial  Necessidade de auto monitoramento |  |
| **TRATAMENTO NÃO EFETIVO** | | |
| [ ]  [ ] | Tratamento não efetivo com causa identificada  Tratamento não efetivo sem causa definida |  |
| **REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Reação adversa dose-dependente (tipo A)  Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)  Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)  Reação retardada / Teratogênese (tipo D)  Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)  Reação adversa não especificada |  |
| **INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS** | | |
| [ ]  [ ] | Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental  Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional |  |
| [ ] Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS** | | | | **OBSERVAÇÕES** |
| **INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos  Outro aconselhamento não especificado | | |  |
| **ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Início de novo medicamento  Suspensão de medicamento  Substituição de medicamento  Alteração de forma farmacêutica  Alteração de via de administração  Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária  Aumento da dose diária  Redução de dose diária  Outras alterações na terapia não especificadas | | |  |
| **MONITORAMENTO** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Recomendação de monitoramento laboratorial  Recomendação de monitoramento não laboratorial  Recomendação de auto monitoramento  Outras recomendações de monitoramento não especificadas | | |  |
| **ENCAMINHAMENTO** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] [ ]  [ ] | Encaminhamento a outro serviço farmacêutico  Encaminhamento ao médico  Encaminhamento ao enfermeiro  Encaminhamento ao psicólogo  Encaminhamento ao nutricionista  Encaminhamento ao fisioterapeuta  Encaminhamento a serviço de suporte social  Encaminhamento a programa de educação estruturada  Encaminhamento ao pronto-atendimento  Outros encaminhamentos não especificados | | |  |
| **PROVISÃO DE MATERIAIS** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Lista ou Calendário posológico de medicamentos  Rótulos / Instruções pictóricas  Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais  Material educativo impresso / Panfleto  Informação científica impressa  Diário para auto monitoramento  Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento  Dispositivo para auto monitoramento  Provisão de materiais não especificados | | |  |
| [ ] Nenhuma intervenção realizada neste momento | | | | |
| **OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE** | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO** | | | | |
| **Tempo da consulta (min):** | | **Farmacêutico / Assinatura:** | **Data e horário da próxima consulta:** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO DE CONSULTA - RETORNO** | | | | | |
| **Paciente:** | | | **Data:** | **Hora Início:** | |
| **RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES** | | | | | |
| **MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA** | | **Evolução / O que aconteceu:** | | | |
| Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento | |  | | | |
| Alterações na farmacoterapia realizadas | |  | | | |
| Exames de monitoramento realizados | |  | | | |
| Consultas realizadas com médico e outros profissionais | |  | | | |
| **PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS - RETORNO** | | | | | |
| **Problemas de saúde do paciente** | **Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença**  **Fazer HDA quando houver queixas** (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados) | | | | **Estado Clínico Atual\*** |
| 1. |  | | | |  |
| 2. |  | | | |  |
| 3. |  | | | |  |
| 4. |  | | | |  |
| 5. |  | | | |  |
| 6. |  | | | |  |
| 7. |  | | | |  |
| 8. |  | | | |  |
| 9. |  | | | |  |

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FARMACOTERAPIA ATUAL - RETORNO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Princípio ativo / Concentração** | **Posologia Prescrita** | **Origem da prescrição** | **Para que você utiliza?** | **Posologia utilizada** | | | | | | | | | | **Tempo de uso** | **Como funciona p/ você? \*** |
| Café | | Almoço | | Lanche | | Janta | | HD | SN |
| A | D | A | D | A | D | A | D | - | - |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADESÃO AO TRATAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | |  |
| O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | [ ] Não [ ] Sim |
| **ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim**  Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamento** | | **Muito** | | | **Um pouco** | | **Muito pouco** | | **Nunca** | | **De que forma incomoda?** | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
| **ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim** | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] Dor de cabeça   1. [ ] Coceira / Urticária 2. [ ] Problemas de sono 3. [ ] Problema gastrointestinal | | | [ ] Tontura / Desequilíbrio  [ ] Incontinência / Problema urinário  [ ] Problema sexual | | | | | | | | | [ ] Dor muscular   1. [ ] Fadiga / Cansaço 2. [ ] Mudança no humor | | | |
| **AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quanto é difícil para você:** | | | | **Muito difícil** | | | | **Um pouco difícil** | | **Nada difícil** | | | **Comentário**  **(Qual medicamento)** | | |
| Abrir ou fechar a embalagem | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Lembrar de tomar o medicamento | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Conseguir o medicamento | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| **TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.:acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Terapia alternativa** | **Indicação** | | | | | **Frequência de utilização** | | | | | | | | **Modo de preparo / utilização** | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA** | | **MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)** |
| **PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado  Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida  Prescrição em subdose  Prescrição em sobredose  Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada  Frequência ou horários de administração prescritos inadequados  Duração do tratamento prescrita inadequada  Interação medicamento-medicamento  Interação medicamento-alimento  Condição clínica sem tratamento  Necessidade de medicamento adicional  Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva  Outros problemas de seleção e prescrição |  |
| **ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente  Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente  Técnica de administração do paciente incorreta  Forma farmacêutica ou via de administração incorreta  Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária  Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta  Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente  Continuação indevida do medicamento pelo paciente  Redução abrupta de dose pelo paciente  Paciente não iniciou o tratamento  Uso abusivo do medicamento  Automedicação indevida  Outros problemas de administração ou adesão não especificados |  |
| **ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Dispensação de medicamento incorreto  Dispensação de dose incorreta  Dispensação de forma farmacêutica incorreta  Dispensação de quantidade incorreta  Medicamento em falta no estoque (não dispensado)  Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados |  |
| **DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Omissão de medicamento prescrito  Medicamentos discrepantes  Duplicidade terapêutica entre prescrições  Doses discrepantes  Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes  Duração de tratamentos discrepantes  Outras discrepâncias não especificadas |  |
| **PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Desvio de qualidade aparente  Uso de medicamento vencido  Armazenamento incorreto  Outros problemas relacionados à qualidade |  |
| **MONITORAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ] | Necessidade de monitoramento laboratorial  Necessidade de monitoramento não laboratorial  Necessidade de auto monitoramento |  |
| **TRATAMENTO NÃO EFETIVO** | | |
| [ ]  [ ] | Tratamento não efetivo com causa identificada  Tratamento não efetivo sem causa definida |  |
| **REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO** | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Reação adversa dose-dependente (tipo A)  Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)  Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)  Reação retardada / Teratogênese (tipo D)  Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)  Reação adversa não especificada |  |
| **INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS** | | |
| [ ]  [ ] | Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental  Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional |  |
| [ ] Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS** | | | | **OBSERVAÇÕES** |
| **INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos  Outro aconselhamento não especificado | | |  |
| **ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Início de novo medicamento  Suspensão de medicamento  Substituição de medicamento  Alteração de forma farmacêutica  Alteração de via de administração  Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária  Aumento da dose diária  Redução de dose diária  Outras alterações na terapia não especificadas | | |  |
| **MONITORAMENTO** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Recomendação de monitoramento laboratorial  Recomendação de monitoramento não laboratorial  Recomendação de auto monitoramento  Outras recomendações de monitoramento não especificadas | | |  |
| **ENCAMINHAMENTO** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Encaminhamento a outro serviço farmacêutico  Encaminhamento ao médico  Encaminhamento ao enfermeiro  Encaminhamento ao psicólogo  Encaminhamento ao nutricionista  Encaminhamento ao fisioterapeuta  Encaminhamento a serviço de suporte social  Encaminhamento a programa de educação estruturada  Encaminhamento ao pronto-atendimento  Outros encaminhamentos não especificados | | |  |
| **PROVISÃO DE MATERIAIS** | | | | |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Lista ou Calendário posológico de medicamentos  Rótulos / Instruções pictóricas  Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais  Material educativo impresso / Panfleto  Informação científica impressa  Diário para auto monitoramento  Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento  Dispositivo para auto monitoramento  Provisão de materiais não especificados | | |  |
| [ ] Nenhuma intervenção realizada neste momento | | | | |
| **OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE** | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO** | | | | |
| **Tempo da consulta (min):** | | **Farmacêutico / Assinatura:** | **Data e horário da próxima consulta:** | |