|  |
| --- |
| 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 cabeça1. [ ] Coceira / Urticária
2. [ ] Problemas de sono
3. [ ] Problema gastrointestinal
 | [ ] Tontura / Desequilíbrio[ ] Incontinência / Problema urinário[ ] Problema sexual | [ ] Dor muscular1. [ ] 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 subdosePrescrição em sobredoseForma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequadaFrequência ou horários de administração prescritos inadequadosDuração do tratamento prescrita inadequadaInteração medicamento-medicamentoInteração medicamento-alimentoCondição clínica sem tratamentoNecessidade de medicamento adicionalDisponibilidade de alternativa mais custo-efetivaOutros problemas de seleção e prescrição |  |
| **ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO** |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Omissão de doses (subdosagem) pelo pacienteAdição de doses (sobredosagem) pelo pacienteTécnica de administração do paciente incorretaForma farmacêutica ou via de administração incorretaFrequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diáriaDuração do tratamento seguida pelo paciente incorretaDescontinuação indevida do medicamento pelo pacienteContinuação indevida do medicamento pelo pacienteRedução abrupta de dose pelo pacientePaciente não iniciou o tratamentoUso abusivo do medicamentoAutomedicação indevidaOutros problemas de administração ou adesão não especificados |  |
| **ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ] [ ] | Dispensação de medicamento incorretoDispensação de dose incorretaDispensação de forma farmacêutica incorretaDispensação de quantidade incorretaMedicamento em falta no estoque (não dispensado)Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados |  |
| **DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Omissão de medicamento prescritoMedicamentos discrepantesDuplicidade terapêutica entre prescriçõesDoses discrepantesFormas farmacêuticas ou vias de administração discrepantesDuração de tratamentos discrepantesOutras discrepâncias não especificadas |  |
| **PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ] | Desvio de qualidade aparenteUso de medicamento vencidoArmazenamento incorretoOutros problemas relacionados à qualidade |  |
| **MONITORAMENTO**  |
| [ ][ ][ ] | Necessidade de monitoramento laboratorialNecessidade de monitoramento não laboratorialNecessidade de auto monitoramento |  |
| **TRATAMENTO NÃO EFETIVO**  |
| [ ][ ] | Tratamento não efetivo com causa identificadaTratamento 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 acidentalOverdose / Intoxicação medicamentosa intencional |  |
| [ ] Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS** | **OBSERVAÇÕES** |
| **INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específicoAconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geralAconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicasAconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específicaAconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geralAconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramentoAconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentosAconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentosOutro aconselhamento não especificado |  |
| **ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Início de novo medicamentoSuspensão de medicamentoSubstituição de medicamentoAlteração de forma farmacêuticaAlteração de via de administraçãoAlteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diáriaAumento da dose diáriaRedução de dose diáriaOutras alterações na terapia não especificadas |  |
| **MONITORAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ] | Recomendação de monitoramento laboratorialRecomendação de monitoramento não laboratorialRecomendação de auto monitoramentoOutras recomendações de monitoramento não especificadas |  |
| **ENCAMINHAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ] | Encaminhamento a outro serviço farmacêuticoEncaminhamento ao médicoEncaminhamento ao enfermeiro Encaminhamento ao psicólogoEncaminhamento ao nutricionistaEncaminhamento ao fisioterapeutaEncaminhamento a serviço de suporte socialEncaminhamento a programa de educação estruturadaEncaminhamento ao pronto-atendimentoOutros encaminhamentos não especificados |  |
| **PROVISÃO DE MATERIAIS**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Lista ou Calendário posológico de medicamentosRótulos / Instruções pictóricasInforme terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionaisMaterial educativo impresso / PanfletoInformação científica impressaDiário para auto monitoramentoOrganizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamentoDispositivo para auto monitoramentoProvisão 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 cabeça1. [ ] Coceira / Urticária
2. [ ] Problemas de sono
3. [ ] Problema gastrointestinal
 | [ ] Tontura / Desequilíbrio[ ] Incontinência / Problema urinário[ ] Problema sexual | [ ] Dor muscular1. [ ] 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 subdosePrescrição em sobredoseForma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequadaFrequência ou horários de administração prescritos inadequadosDuração do tratamento prescrita inadequadaInteração medicamento-medicamentoInteração medicamento-alimentoCondição clínica sem tratamentoNecessidade de medicamento adicionalDisponibilidade de alternativa mais custo-efetivaOutros problemas de seleção e prescrição |  |
| **ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO** |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Omissão de doses (subdosagem) pelo pacienteAdição de doses (sobredosagem) pelo pacienteTécnica de administração do paciente incorretaForma farmacêutica ou via de administração incorretaFrequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diáriaDuração do tratamento seguida pelo paciente incorretaDescontinuação indevida do medicamento pelo pacienteContinuação indevida do medicamento pelo pacienteRedução abrupta de dose pelo pacientePaciente não iniciou o tratamentoUso abusivo do medicamentoAutomedicação indevidaOutros problemas de administração ou adesão não especificados |  |
| **ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Dispensação de medicamento incorretoDispensação de dose incorretaDispensação de forma farmacêutica incorretaDispensação de quantidade incorretaMedicamento em falta no estoque (não dispensado)Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados |  |
| **DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Omissão de medicamento prescritoMedicamentos discrepantesDuplicidade terapêutica entre prescriçõesDoses discrepantesFormas farmacêuticas ou vias de administração discrepantesDuração de tratamentos discrepantesOutras discrepâncias não especificadas |  |
| **PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ] | Desvio de qualidade aparenteUso de medicamento vencidoArmazenamento incorretoOutros problemas relacionados à qualidade |  |
| **MONITORAMENTO**  |
| [ ][ ][ ] | Necessidade de monitoramento laboratorialNecessidade de monitoramento não laboratorialNecessidade de auto monitoramento |  |
| **TRATAMENTO NÃO EFETIVO**  |
| [ ][ ] | Tratamento não efetivo com causa identificadaTratamento 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 acidentalOverdose / Intoxicação medicamentosa intencional |  |
| [ ] Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS** | **OBSERVAÇÕES** |
| **INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específicoAconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geralAconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicasAconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específicaAconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geralAconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramentoAconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentosAconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentosOutro aconselhamento não especificado |  |
| **ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Início de novo medicamentoSuspensão de medicamentoSubstituição de medicamentoAlteração de forma farmacêuticaAlteração de via de administraçãoAlteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diáriaAumento da dose diáriaRedução de dose diáriaOutras alterações na terapia não especificadas |  |
| **MONITORAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ] | Recomendação de monitoramento laboratorialRecomendação de monitoramento não laboratorialRecomendação de auto monitoramentoOutras recomendações de monitoramento não especificadas |  |
| **ENCAMINHAMENTO**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Encaminhamento a outro serviço farmacêuticoEncaminhamento ao médicoEncaminhamento ao enfermeiro Encaminhamento ao psicólogoEncaminhamento ao nutricionistaEncaminhamento ao fisioterapeutaEncaminhamento a serviço de suporte socialEncaminhamento a programa de educação estruturadaEncaminhamento ao pronto-atendimentoOutros encaminhamentos não especificados |  |
| **PROVISÃO DE MATERIAIS**  |
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | Lista ou Calendário posológico de medicamentosRótulos / Instruções pictóricasInforme terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionaisMaterial educativo impresso / PanfletoInformação científica impressaDiário para auto monitoramentoOrganizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamentoDispositivo para auto monitoramentoProvisão 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:** |