

Avaliação Inicial – Acompanhamento Farmacoterapêutico				
Informações para contato	Farmacêutico(a) Responsável:		Data:	
	Nome do paciente:		Prontuário	
	Endereço			
	Cidade		Estado	CEP -----
	Tel (residência)	Celular	Outro	e-mail
	Médico (a) /especialidade			Telefone
	Médico (a) /especialidade			Telefone
	Médico (a) /especialidade			Telefone
	Médico (a) /especialidade			Telefone

Dados demográficos	Idade	Data de nascimento	Gênero: M ___ F ___
	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)
	Escolaridade	Ocupação	
	Moradia/Família		
	Plano de Saúde e onde adquire seus medicamentos		

Razão do encontro: _____

Experiência com medicamentos	O que o paciente deseja/espera do seu tratamento medicamentoso?	Necessidade de atenção	
		S	N
	Descrever quaisquer preocupações que o paciente tem sobre sua farmacoterapia	Necessidade de atenção	
		S	N
	Qual é o grau de entendimento do paciente sobre sua farmacoterapia?	Necessidade de atenção	
		S	N
	Informação cultural, étnico-religiosa e genética que pode influenciar a farmacoterapia.	Necessidade de atenção	
		S	N
	Descrever o comportamento do paciente relacionado à farmacoterapia	Necessidade de atenção	
		S	N
	Conclusão: O que deve ser incorporado ao plano?		

Alergias e Alertas	ALERGIA à medicamentos e outros.
	REAÇÕES ADVERSAS à medicamentos no passado.
	Outros alertas/ necessidades especiais (visão/ audição/ mobilidade/ alfabetização/ deficiência física ou intelectual).

Perfil Farmacoterapêutico		
Medicamento	Medicamento:	Fármaco/Concentração/Forma Farmacêutica:
	Indicação:	Início:
	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamento	Medicamento:	Fármaco/Concentração/Forma Farmacêutica:
	Indicação:	Início:
	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamento	Medicamento:	Fármaco/Concentração/Forma Farmacêutica:
	Indicação:	Início:
	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamento	Medicamento:	Fármaco/Concentração/Forma Farmacêutica:
	Indicação:	Início:
	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamento	Medicamento:	Fármaco/Concentração/Forma Farmacêutica:
	Indicação:	Início:
	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamentos no passado	Medicamento	Indicação	Resposta	Período

História Médica Progressiva (doença grave, hospitalizações, cirurgias)

História Familiar

Uso de substâncias	Substância	História de Uso	Alimentação, atividades físicas e plantas medicinais.
	Tabaco <input type="checkbox"/> Não faz uso	<input type="checkbox"/> 0-10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> 10-20 cigarros por dia <input type="checkbox"/> > 1 maço/dia <input type="checkbox"/> História anterior de uso Há quanto tempo parou? ____ <input type="checkbox"/> Tentativa de parar	
	Café <input type="checkbox"/> Não faz uso	<input type="checkbox"/> < 2 xícaras /dia <input type="checkbox"/> 2-6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> > 6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> História anterior de uso Há quanto tempo parou? ____	
	Álcool <input type="checkbox"/> Não faz uso	Tipo de bebida: _____ <input type="checkbox"/> < 2 copos/semana <input type="checkbox"/> 2-6 copos/semana <input type="checkbox"/> História anterior ao uso Há quanto tempo parou? ____	
	Rotina:		

Revisão dos sistemas	Sistema Geral		Perda de apetite	Geniturinário Reprodutivo		Dismenorréia	
			Alteração de peso			Incontinência	
			Dor			Impotência	
			Tontura/vertigem			Diminuição do desejo sexual	
			Edema			Corrimento vagina/ coceira	
	Olho, Ouvido, Nariz e Boca		Alterações visuais	Sintomas Hematopoiéticos		Formação excessiva de hematomas	
			Diminuição da audição			Hemorragia	
			Zumbido no ouvido			Anemia	
			Epistaxe		Musculoesquelético		Dor nas costas
			Rinite alérgica				Artrite (osteo/reumatoide)
			Glaucoma				Tendinites
			Hemoptise				Dor muscular
	Cardiovascular		Dor no peito	Sistema Nervoso		Parestesia	
			Hiperlipidemia			Tremor	
			Hipertensão			Perda de equilíbrio	
			Infarto do miocárdio			Depressão	
	Pulmonar		Asma		Suicídio		
			Falta de ar		Ansiedade/ nervosismo		
			Sibilância		Perda de memória		
	TGI		Azia	Pele		Eczema/ psoríase	
			Dor abdominal			Prurido	
			Diarreia			Rash	
			Náusea		Doenças Infeciosas		Malária
			Constipação				Sífilis
	Sistema Endócrino		Diabetes			HPV	
			Hipotireodismo			Gonorréia	
			Sintomas da menopausa		Herpes		
Urinário		↓ Frequência urinária					
		↑ Frequência urinária					

Revisão dos Sistemas – Informações Complementares

--	--

Acompanhamento de Parâmetros Clínicos	Parâmetro	Valor de referência	Data			
			__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

Observações

Avaliação da adesão ao tratamento

ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY DE 4 ITENS

Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
Total	

Possíveis causas da não adesão

Medicamento:	Razão:

1. Medo de que possam lhe fazer mal
2. Medo de ficar dependente/viciado
3. Não acredita nos medicamentos
4. Não são encontrados no Posto de saúde
5. Não tem dinheiro para comprar

6. Esquecimento próprio
7. Esquecimento de quem lhe dá o medicamento
8. Se sente mal com os medicamentos
9. Tem dificuldade para tomar
10. Não entende a prescrição

Uso de serviços de saúde

No último mês você:

- 1- Visitou algum profissional de saúde _____
- 2- Urgência _____
- 3- Hospitalização _____

Conhecimento da meta terapêutica

Problemas relacionados a farmacoterapia

<p>Problema de saúde e farmacoterapia envolvida</p>	<p>Indicação</p>
	<p>1. Medicamento Desnecessário</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não há indicação <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica <input type="checkbox"/> Terapia não farmacológica indicada <input type="checkbox"/> Tratamento de RAM previsível <p>2. Necessita medicamento adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Condição não tratada <input type="checkbox"/> Preventiva/profilática <input type="checkbox"/> Sinergismo/potencialização
<p>Problema de saúde e farmacoterapia envolvida</p>	<p>Efetividade</p>
	<p>3. Medicamento não efetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamento mais efetivo disponível <input type="checkbox"/> Condição refratária ao medicamento <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica inapropriada <input type="checkbox"/> Não efetivo para a condição <p>4. Dose baixa</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dose errada <input type="checkbox"/> Frequência inapropriada <input type="checkbox"/> Interação medicamentosa <input type="checkbox"/> Duração inapropriada
<p>Problema de saúde e farmacoterapia envolvida</p>	<p>Segurança</p>
	<p>5. Reação adversa ao medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efeito colateral indesejável <input type="checkbox"/> Reação alérgica <input type="checkbox"/> Interação medicamentosa <input type="checkbox"/> Contraindicação <input type="checkbox"/> Administração muito rápida <p>6. Dose alta</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dose incorreta <input type="checkbox"/> Frequência inapropriada <input type="checkbox"/> Duração inapropriada <input type="checkbox"/> Interação medicamentosa <input type="checkbox"/> Administração incorreta
<p>Problema de saúde e farmacoterapia envolvida</p>	<p>Conveniência</p>
	<p>7. Não adesão</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não entende as instruções <input type="checkbox"/> Paciente prefere não tomar <input type="checkbox"/> Paciente esquece de tomar <input type="checkbox"/> Produto muito caro <input type="checkbox"/> Não consegue engolir ou administrar <input type="checkbox"/> Produto não disponível no mercado