

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA PARA PACIENTES AMBULATORIAIS

Grupo 7

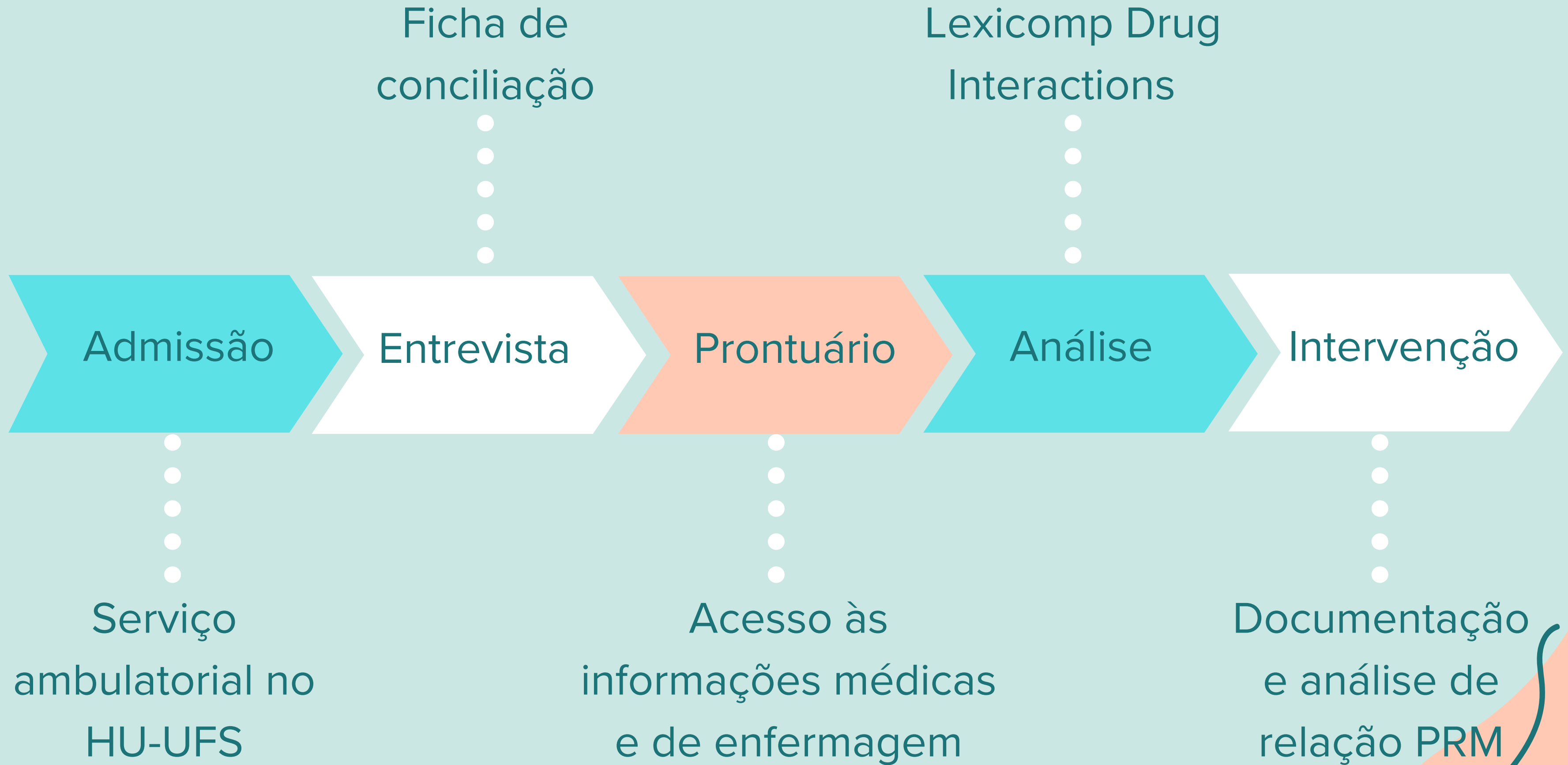


INTRODUÇÃO

- Estudo de Almeida et al 2023
- Estudo observacional, descritivo e transversal
- Estudo em pacientes com câncer de mama em uso de quimioterapia endovenosa
- Conciliação medicamentosa necessária tendo em vista o perfil epidemiológico (faixa etária, polifarmácia e comorbidades prévias)



MÉTODOS



FICHA DE CONCILIAÇÃO/ RECONCILIAÇÃO FARMACÊUTICA EM ONCOLOGIA

NOME: _____ SEXO: F M IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

PRONTUÁRIO: _____ SETOR: _____ ADMISSÃO NO HU: ____/____/____ MÉDICO PRESCRITOR: _____

DIAGNÓSTICO: _____ OUTRAS DOENÇAS: _____

PROTOCOLO DE TRATAMENTO: _____ CICLO ATUAL DE TRATAMENTO: _____ CICLOS PREVISTOS: _____ INTERVALO: _____

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO
 Seu médico explicou sobre os tratamentos: NÃO SIM
 Se tem dúvidas sobre o tratamento: NÃO SIM
 O paciente entende o tratamento: NÃO SIM

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____ Hábitos e vícios _____ TEMPO DE DIAGNÓSTICO: _____

ALERGIA A MEDICAMENTO PRÉVIA: NÃO SIM SE SIM, QUAIS: _____ Escala de Performance de Karnofsky: _____

FAZ USO DE MEDICAMENTO EM DOMICÍLIO: NÃO SIM NÃO RECORDA FONTE DAS INFORMAÇÕES: Paciente Família Prescrição Médico Farmacêutico Prontuário Outros:

MEDICAMENTOS EM USO	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	ÚLTIMA DOSE	ONDE ADQUIRE	CONSTA NA SELEÇÃO DO MS/CASE	CONDUTA APÓS CONCILIAÇÃO	DESCRIÇÃO DA CONCILIAÇÃO & MOTIVO DA ALTERAÇÃO
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Modificado	

Observações: _____

Farmacêutico Responsável: _____ Data: _____

PARÂMETROS DE MONITORAMENTO

DATA		
PARÂMETROS	C1	ATUAL
Hemoglobina (g/dL)		
Plaquetas ($10^3/mm^3$)		
Leucócitos ($10^6/mm^3$)		
Neutrófilos (%)		
Linfócitos (%)		
Cr (mg/dL)		
clor (mg/dL)		
PA		

Medicamentos:	Categoria:
Recomendação:	
	Data:
Medicamentos:	Categoria:
Recomendação:	
	Data:
Medicamentos:	Categoria:
Recomendação:	
	Data:

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Orientações sobre a doença e tratamento:
<input type="checkbox"/> Fisiopatologia <input type="checkbox"/> Tratamento farmacológico <input type="checkbox"/> Efeitos adversos
<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Tratamento não-farmacológico <input type="checkbox"/> Outra _____
Adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Armazenamento de medicamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Material educativo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tabela de horário <input type="checkbox"/> Folder <input type="checkbox"/> Informação escrita <input type="checkbox"/> Outro: _____
Dieta: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ingerir pouco sal <input type="checkbox"/> ingerir pouca gordura <input type="checkbox"/> ingerir líquido <input type="checkbox"/> Outra _____
Prática de atividade física: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Técnica de administração de medicamentos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Soluções orais <input type="checkbox"/> Soluções nasais <input type="checkbox"/> Colírio <input type="checkbox"/> Formulações tópicas <input type="checkbox"/> Dispositivo inalatório <input type="checkbox"/> Sólidos orais <input type="checkbox"/> subcutâneos <input type="checkbox"/> Outra _____
Reações adversas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



OBRIGADO!

Lucas Borges

Mariana Kuriyama

Pedro Henrique

Victória Guimarães

Wallace Androm