



Etapa 1 - Acolhimento

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Telefone: _____

Gênero: () F () M () Outro _____ Idade: _____

Problema(s) de saúde: () Diabetes () Hipertensão () Asma () Dislipidemia () Outro(s): _____

Tem alguém na família com: () Diabetes () Hipertensão () Asma () Outro(s): _____
Quem? _____

Você fuma? () Sim () Não Fumante passivo? () Sim () Não

Você trouxe? () Medicamentos () Receitas () Laudos de exames

Você faz uso de algum medicamento? () Sim () Não.

Caso a resposta seja sim, preencher o quadro abaixo **de acordo com o relato do paciente:**

Medicamento	Concentração	Posologia (1-0-1 / SN)	Como usa (com refeição / água / leite / jejum / partido)	Indicação

O paciente usa: () Injetável () Dispositivos inalatórios () Aparelhos de aplicação nasal () Colírio () Creme vaginal () Outro _____

Na sua casa, em que lugar os medicamentos são guardados? () Adequado () Inadequado: _____

O que é feito com os medicamentos vencidos ou fora de uso? () Adequado () Inadequado: _____

OBS.:

Responsável pelo atendimento

Etapa 2 - Rastreamento em saúde

Parâmetro	Resultado	Critério de encaminhamento para a consulta farmacêutica	Resultado alterado?
Pressão arterial	_____ mmHg	$\geq 140/90$ mmHg	() Sim () Não
Frequência cardíaca	_____ bpm	() ≥ 101 ou ≤ 49 bpm, sem insuficiência cardíaca () ≥ 71 bpm, com insuficiência cardíaca	() Sim () Não
Colesterol total	_____ mg/dL	≥ 190 mg/dL	() Sim () Não
Glicemia capilar	_____ mg/dL	() ≥ 100 mg/dL, se jejum ≥ 8 h () ≥ 140 mg/dL, se jejum de 2 a 8 h () ≥ 200 mg/dL, independente de jejum ou alimentação	() Sim () Não
HbA1c	_____ %	() $\geq 5,7\%$, sem diagnóstico prévio de diabetes () $\geq 6,5\%$, com diagnóstico prévio de diabetes	() Sim () Não
Peak flow	1. _____ L/min 2. _____ L/min 3. _____ L/min Resultado final: _____ %	$\leq 79\%$	() Sim () Não

Tempo de jejum: () ≥ 8 h () 2 a 8 h () ≥ 2 h/casual

Paciente polimedicado (uso de 5 ou mais medicamentos): () Sim () Não

Necessidade de orientação especial sobre forma farmacêutica: () Sim () Não

Necessidade de consulta farmacêutica: () Sim () Não

OBS.:

Responsável pelo atendimento

Etapa 3 - Consulta farmacêutica

Responsável
pelo atendimento

3.1 Avaliação (identificação de problemas)

- Condição clínica que **necessita de elucidação diagnóstica por médico**: () Sim () Não Qual? _____

- Condição clínica **previamente diagnosticada e descontrolada**: () Sim () Não Qual? _____

- Necessidade de **terapia adicional** prescrita por médico: () Sim () Não Qual? _____
Para o que? _____
- **Medicamento cuja indicação requer reavaliação** () Prescrito Qual? _____

- Problemas na **posologia (dose alta/baixa, horário de administração, etc)**: () Sim () Não Qual? _____

- Necessidade de **manejo de problema de saúde autolimitado**: () Sim () Não Qual? _____

- **Automedicação indevida** Qual? _____

- **Não adesão** ao tratamento: () Intencional () Não intencional Descrever motivo da não adesão e qual o medicamento envolvido

- **Reação adversa** a Medicamento: () Sim () Não Qual? _____

- **Baixo conhecimento** do paciente: () Doença () Tratamento Descrever _____

- Outros problemas: () Sim () Não Quais? _____

- Observações adicionais _____

3.2 Plano de Cuidado (Intervenções realizadas):

- () Aconselhamento sobre doenças
- () Aconselhamento sobre hábitos de vida saudável
- () Aconselhamento sobre o tratamento
- () Aconselhamento sobre o uso de alguma forma farmacêutica _____
- () Entrega de calendário posológico
- () Entrega de seletor de locais para aplicação de insulina e outros materiais para pessoas insulinizadas
- () Prescrição de medidas não farmacológicas _____

- () Prescrição de medicamentos isentos de prescrição médica _____

- () Encaminhamento: _____
- () Encaminhamento para serviço de urgência/emergência _____
- () Outra? Qual? _____

Etapa 4 - Auriculoterapia

Responsável pelo atendimento _____

OBS.: